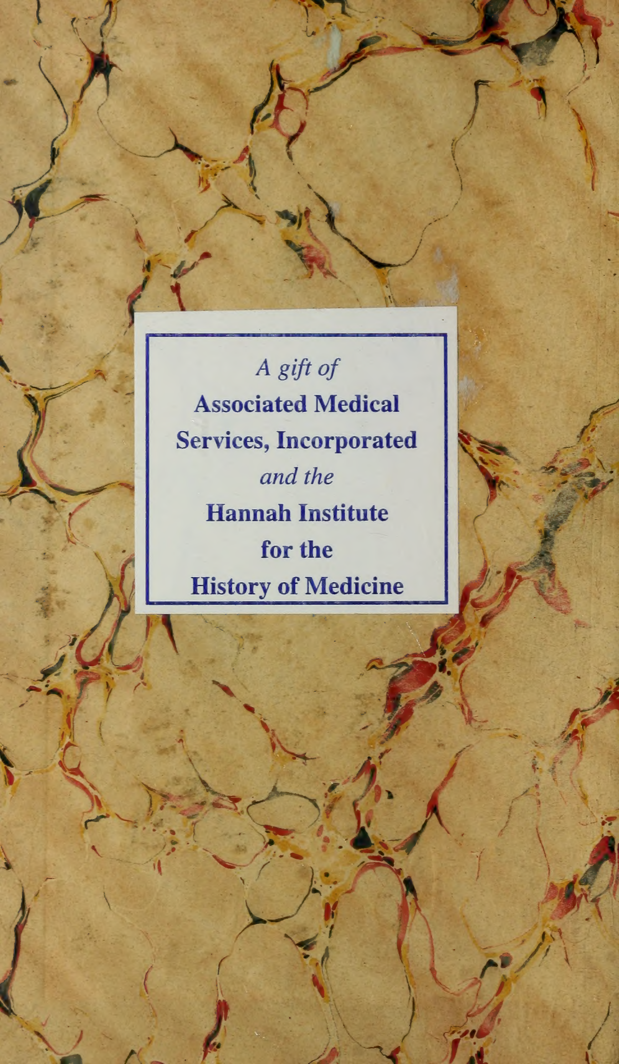
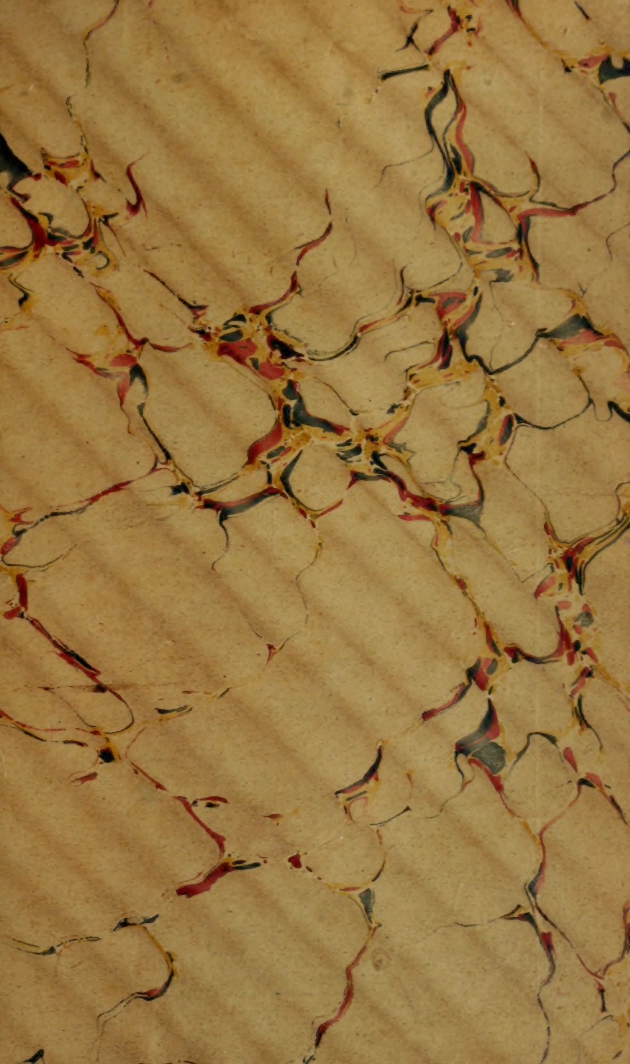
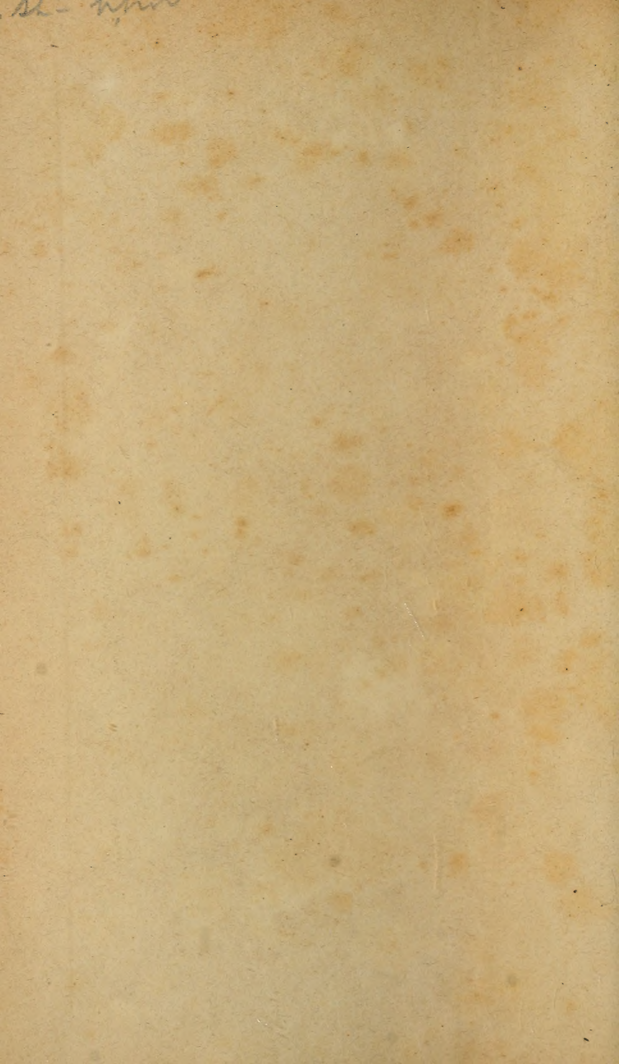



A gift of
Associated Medical
Services, Incorporated
and the
Hannah Institute
for the
History of Medicine





LES TROUBLES

DE LA

MÉMOIRE

PRINCIPAUX OUVRAGES DU MÊME AUTEUR

Du Role de l'Hérédité dans l'Alcoolisme. 1 vol. de 216 pages. Delahaye et Lecrosnier, Paris, 1888. — *Traduit en anglais, in Wood's Medical and Surgical Monographes*, New-York, 1890.

Psychologie de l'Idiot et de l'Imbécile. 1 vol. de 276 pages. *Bibliothèque de Philosophie Contemporaine*. F. Alcan. Paris, 1891 (2e édition). — *Traduit en allemand* par P. Brie, avec une préface du Professeur Pelman. Hambourg. 1891. — *Traduit en polonais* par Goldbaum. Varsovie, 1893

Guide pratique des Maladies mentales (*Seméiologie, pronostic. indications*). 1 vol. de 511 p. — G. Masson. Paris, 1893.

Genèse et nature de l'Hystérie. 2 vol. de 526 et 333 pages. F. Alcan. Paris, 1897.

Idiocy, *in Twentieth century practice of medicine*. Wood et Cie. New-York, 1897.

Traitement de l'Idiotie. Traitement de la Morphinomanie. *Traité de Thérapeutique appliquée de A. Robin.* — Rueff. Paris, 1897.

Études sur la Morphinomanie et son Traitement. 1894-1899. *Traduites en russe*, 1899.

Le Problème de la Mémoire (*Essai de Psycho-Mécanique*). *Bibliothèque de Philosophie Contemporaine*. F. Alcan. Paris, 1900. — *Traduction espagnole* en préparation.

8634-00. — Corbeil. Imprimerie Éd. Crété.

LES TROUBLES

DE LA

MÉMOIRE

PAR

LE DR PAUL SOLLIER

Ancien interne des hôpitaux et des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière,
Médecin du Sanatorium de Boulogne-sur-Seine.

AVEC 36 FIGURES INTERCALÉES DANS LE TEXTE

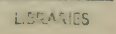
Deuxième édition

PARIS
J. RUEFF, ÉDITEUR
106, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 106

—

1901





AVANT-PROPOS

La mémoire peut être troublée de deux façons : tantôt elle est diminuée ou abolie, tantôt elle est exaltée. Dans le premier cas, on dit qu'il y a amnésie, et dans le second hypermnésie. Cette dernière est rare à l'état isolé ; elle est mal connue dans son mécanisme psychologique, et n'offre sous le rapport clinique que peu d'importance. Aussi l'avons-nous complètement laissée de côté dans cette étude, nous réservant d'y revenir lorsque de nouveaux documents et des recherches personnelles nous permettront d'essayer d'en tracer l'histoire.

Nous ne traiterons donc exclusivement ici que des amnésies, et bien qu'il puisse paraître présomptueux, après le livre si clair et si substantiel de M. Ribot sur les *Maladies de la mémoire*, d'aborder à nouveau ce sujet, le point de vue auquel nous nous sommes placé légitimera, nous l'espérons, notre travail. Ce n'est pas, en effet, aux

philosophes ni même aux neuropathologistes seulement que nous nous adressons, mais à tous les médecins en général. Indiquer ce qu'on sait ou croit savoir des amnésies, et plus encore peut-être tout ce qui reste à en connaître, donner un guide aussi pratique que possible aux observateurs dans l'examen des amnésiques, tel a été notre but.

Nous n'avons pas cherché à rassembler à nouveau tous les faits connus, mais à traiter le côté médical de la question, négligé à dessein par M. Ribot. Bien que ce point de vue soit le principal, il va sans dire que le côté psychologique devait forcément tenir une place importante, et que, sans vouloir empiéter sur ce terrain dans un ouvrage de cette sorte, nous avons saisi avec plaisir les occasions qui ont pu s'offrir de présenter quelques idées personnelles et quelques critiques des opinions admises. Nous nous sommes ainsi efforcé de faire une étude *médico-psychologique.*

Que MM. les professeurs Charcot et Debove, qui nous ont fait l'honneur de nous charger de ce travail, veuillent bien en accepter l'hommage.

AVANT-PROPOS

DE LA DEUXIÈME ÉDITION

L'accueil que le public a fait à la première édition de ce petit ouvrage nous a engagé à le rééditer. Nous avons cru préférable de le laisser dans sa forme primitive. Les modifications que nous aurions pu y introduire n'auraient concerné que le côté théorique de la question de la mémoire, et n'auraient en rien changé le point de vue clinique auquel nous nous sommes surtout placé. Elles auraient même peut-être embrouillé certains chapitres, tels que celui où est traitée l'amnésie hystérique, sur laquelle on trouvera tous les développements résultant de recherches nouvelles dans mon ouvrage sur *La Genèse et la Nature de l'Hystérie* paru en 1897.

En ce qui concerne le côté purement psychologique et l'apport que donnent à la théorie de la mémoire ses différents troubles, j'en ai fait depuis l'objet d'un ouvrage spécial, *Le Problème de la mémoire*, paru en 1900 On pourra y relever cer-

taines contradictions avec les opinions contenues dans le présent ouvrage, en particulier au sujet des mémoires partielles que j'admettais alors avec la majorité des auteurs et que je repousse actuellement. Mais il m'a paru que ces variations mêmes pouvaient présenter un certain intérêt, pour mettre en évidence l'évolution des idées, surtout lorsque cette évolution se fait comme ici par suite de l'examen de nouveaux faits et de nouvelles expériences. C'est ainsi que dans tout ce qui se rattache à l'hystérie je ne suis plus d'accord avec M. Pierre Janet, non pas sur les caractères eux-mêmes des phénomènes, qu'il a très finement observés, mais sur leur valeur relative et surtout sur leur mécanisme.

Tout cela n'a d'ailleurs qu'une importance minime et je n'ai rien à changer à tout ce qui concerne le diagnostic, le pronostic et les conséquences médico-légales des différentes formes d'amnésies. Or c'est là le côté véritablement essentiel de ce livre, et c'est par là seulement qu'il peut avoir son utilité pour le médecin, aucun autre ouvrage fait à ce point de vue n'ayant du reste paru en France depuis sa publication.

PAUL SOLLIER.

PREMIERE PARTIE

L'AMNÉSIE

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS

SOMMAIRE : Médecins et psychologues. — But de l'ouvrage. — Plan. — Définition de l'amnésie. — Aphasie et amnésie. — Perte et oubli des images. — Amnésies organiques et fonctionnelles. — Dysmnésies. — Variétés d'amnésies. — Amnésie simple. — Amnésie rétrograde. — Amnésie antérograde. — Localisation dans le temps. — Points de repère. — Localisation dans l'espace. — Paramnésie : de localisation et de certitude. — Amnésie générale. — Amnésie partielle. — Historique. — Louyer-Villermay, Calmeil, Brodie, Azam, Ferré, Falret, Ribot, Legrand du Saulle, Rouillard, Krœpelin, Mesnet, Dufay, Motet, Pelman, Sander, Fick, Lewes, Sully, etc.

C'est aux médecins que revient principalement l'honneur d'avoir mis en relief et étudié les différents troubles de la mémoire. Malheureusement, faute de notions psychologiques suffisantes, ils n'ont pas su tirer des cas observés tout le parti désirable au double point de vue médical et psychologique qu'exigent de semblables questions, et leurs observations sont pour la plupart très incomplètes. Les psychologues, moins à même que les médecins d'examiner ces phénomènes morbides, et longtemps d'ailleurs dédaigneux de tout ce que la méthode introspective ne pouvait leur donner, négligèrent de s'en occuper; et quand enfin ils s'y décidèrent, ils ne purent se fonder dans leurs spéculations que sur les observations médicales, c'est-à-dire sur des faits incomplets, qu'ils n'avaient pas vus eux-mêmes, et qu'ils ne pouvaient contrôler. De quelque

côté qu'on se tourne, on ne trouve donc guère que des études faites à un point de vue spécial et où tout un côté de la question est plus ou moins négligé. M. Ribot[1] a jeté le premier un peu de lumière dans ces ténèbres. Mais il reste encore beaucoup à faire. La vulgarisation des notions qu'on a sur la mémoire, des points à rechercher et à élucider dans les troubles de cette faculté, et de la manière de diriger ces investigations à la fois dans le domaine de la médecine et de la psychologie, permettra seule aux observateurs à venir, de faire profiter ces deux sciences des cas qu'ils seront à même d'examiner.

C'est ce but que nous avons cherché à atteindre en donnant aux philosophes les indications nécessaires pour étudier les maladies de la mémoire au point de vue médical, et en donnant aux médecins les notions psychologiques indispensables pour les examiner complètement. Nous nous attacherons donc autant à montrer les nombreuses lacunes qui restent encore à combler dans cette étude, que les points acquis, mais qu'il est toujours bon de contrôler à nouveau.

Après avoir défini et délimité le champ des amnésies au point de vue clinique, nous examinerons immédiatement le mécanisme des amnésies, ce qui nous évitera de nombreuses redites à propos de chacune d'elles lorsque nous les examinerons séparément au point de vue séméiologique. De plus, ce n'est qu'après cette étude que nous pourrons en proposer une classification, et faire l'exposé critique des différentes classifications faites antérieurement. Nous serons ainsi amené natu-

---

1. Ribot, *Maladies de la mémoire.* (*Biblioth. de philosophie contemp.*, 1883.)

rellement à exposer un plan général des amnésies au point de vue séméiologique, dans lequel nous donnerons avec détails la manière de les étudier au point de vue psychologique, de façon à faciliter l'étude des cas qu'on pourra avoir sous les yeux. Alors seulement nous aborderons l'étude des amnésies au point de vue clinique en suivant l'ordre du plan proposé, étude où nous laisserons de côté la question de mécanisme, et où nous nous occuperons spécialement des caractères, du diagnostic, du pronostic, du traitement de chacune d'elles, ainsi que des quelques considérations médico-légales auxquelles certaines d'entre elles peuvent donner lieu.

Si l'on s'en tient à l'étymologie seule (α privatif et μνησις, mémoire), l'amnésie est la privation de la mémoire (Richet[1]). Certains auteurs restreignent ce sens et la définissent : la diminution notable ou la perte totale de la mémoire (Falret[2]). La première définition a l'avantage d'embrasser toutes les formes d'amnésie. On peut, en effet, être privé de la mémoire de trois façons : 1° parce qu'on n'en a jamais eu (amnésie congénitale) ; 2° parce qu'on a perdu tout ou partie de ses souvenirs (amnésie acquise) ; 3° parce qu'on n'a plus la possibilité de fixer de nouvelles images. Mais l'amnésie congénitale n'est pas une vraie amnésie. C'est une absence et non une perte de mémoire. Aussi, la laissant de côté, n'aurons-nous à étudier que les amnésies acquises, englobant sous cette dénomination toutes les *altérations diminutives*, les *désagrégations* de la mémoire.

---

1. Richet, Amnésie *in Grande Encyclopédie.*
2. Falret, Amnésie. *Dict. Encyclop. des Sc. méd.*

Mais nous ne saurions nous contenter d'une définition aussi compréhensive, sous peine de voir se continuer la confusion qu'entraînent toujours dans l'étude les termes trop vagues et trop généraux, et, sans vouloir tomber dans l'excès contraire en créant une nomenclature trop compliquée, nous croyons qu'il est indispensable de faire ici des distinctions, ne fût-ce que pour montrer la nécessité qui s'impose aux observateurs d'entrer dans des détails, même minutieux, pour décrire les choses, plutôt que de se contenter de les qualifier d'un mot qui est sujet ensuite à des interprétations multiples et fait ainsi perdre au fait auquel il s'applique presque toute sa valeur. Nous allons donc entrer un peu plus profondément dans le cœur du sujet et essayer de délimiter d'une façon aussi précise que possible le champ de l'amnésie.

Bien qu'on ait l'habitude de considérer l'aphasie comme une amnésie, nous la laisserons de côté. Ses caractères, son importance, sa pathogénie, offrent un ensemble suffisamment vaste pour mériter une description à part, comme c'est du reste l'usage. Nous nous y conformerons d'autant plus volontiers que nous croyons qu'il y a entre les deux plus qu'une distinction artificielle commode, mais une différence fondamentale au point de vue clinique. Les malades eux-mêmes font la distinction entre l'aphasie et l'amnésie. L'aphasique ne fait jamais allusion à la *perte de sa mémoire*, mais à son *incapacité* pour exprimer ou comprendre le langage. L'amnésique au contraire *n'accuse que sa mémoire.* Si on rattachait du reste à l'amnésie l'aphasie motrice, par exemple, en la regardant simplement comme la perte du souvenir des mouvements d'articulation, il n'y aurait pas de raison pour ne pas y rattacher aussi une monoplégie

quelconque en la regardant comme la perte du souvenir des mouvements du membre. A ce compte tous les troubles résultant de la destruction des centres soit moteurs, soit sensitifs du cerveau, doivent être rangés dans la classe des amnésies. En réalité, ce sont là les seules amnésies vraies, car ce sont les seules, comme nous le verrons plus loin, où il y ait *perte absolue* des images et non simplement *affaiblissement* des images.

Toute paralysie est au fond une amnésie : mais dans la paralysie organique il y a *destruction* des images ; dans l'amnésie il y a *oubli* des images. Le résultat est le même, mais le mécanisme ne l'est pas. On se rend bien compte de cette différence quand ces troubles moteurs se présentent sous forme de mutisme hystérique, d'astasie et d'abasie, de paralysies hystériques, etc. Là il n'y a pas perte mais *oubli* des images. Nous sommes tout de suite frappé de ce qui fait la différence sur laquelle nous insistons ici : c'est que dans un cas nous avons affaire à un *trouble organique* et dans l'autre à un *trouble fonctionnel ou dynamique*. Il est évident que lorsqu'un centre est détruit, toutes les images qui y étaient fixées disparaissent en même temps, et que d'autre part aucune image nouvelle ne peut s'y fixer. Si au contraire les éléments nerveux dont le rôle est de conserver et de reproduire les images, cessent pour une cause ou pour une autre de remplir suffisamment une de ces deux fonctions, c'est alors seulement qu'on peut dire qu'il y a *cliniquement* amnésie. Nous sommes donc amené à distinguer deux sortes d'amnésies : les *amnésies organiques* et les *amnésies fonctionnelles*, et à ne conserver en clinique que pour ces dernières la dénomination d'amnésies.

On nous reprochera immédiatement d'éliminer ainsi

les affaiblissements de la mémoire, qui sont presque toujours liés à des modifications organiques du cerveau. Louyer-Villermay[1] les avait, avec beaucoup de raison selon nous, distingués des amnésies sous le nom de *dysmnésies*. Ce vocable n'a pas fait fortune cependant. La principale raison en est, croyons-nous, qu'il a été introduit dans le langage scientifique à une époque où la distinction qu'il indiquait devait passer pour trop subtile. Mais aujourd'hui qu'on cherche, au contraire, à pousser l'analyse des phénomènes que nous étudions ici le plus possible, il paraît opportun de le remettre en usage. Comme nous l'avons dit plus haut, nous proposant d'examiner toutes les *altérations diminutives* de la mémoire, nous passerons en revue les dysmnésies dont l'importance pratique est, du reste, considérable. Mais il était indispensable d'indiquer qu'il y a lieu, dans les observations, de préciser si on a réellement affaire à de l'amnésie ou à de la dysmnésie.

Ce n'est pas tout encore, et lorsqu'on a dit amnésie on n'a rien dit, ou peu s'en faut. Pour nous faire bien comprendre prenons un exemple. Un homme fait une chute et perd connaissance. Au réveil il n'a aucun souvenir de l'accident qui lui est arrivé. Il est frappé d'amnésie simple. Au bout de quelque temps vous l'interrogez et vous constatez qu'il a non seulement perdu le souvenir de son accident, mais de tout ce qui s'est passé pendant les huit jours précédents. En le qualifiant d'amnésique simplement vous êtes incomplet. Les deux phénomènes qu'il présente sont bien de l'amnésie, mais sont assez différents pour

---

1. Louyer-Villermay, *Essai sur les maladies de la mémoire*, in *Mém. de la Soc. de méd. de Paris*, 1817.

nécessiter l'adjonction d'une épithète. Dans le second cas vous dites que le malade présente en outre de l'*amnésie rétrograde ou rétroactive*. Mais il y a plus. En continuant à observer votre homme vous vous apercevrez au bout d'un certain temps que non seulement une partie des souvenirs antérieurs à son accident sont perdus, mais encore que les actes qu'il a accomplis pendant une certaine période consécutive à cet accident, et alors qu'il paraissait jouir de toutes ses facultés, ne lui ont laissé aucun souvenir. Ici c'est ce que l'on a appelé l'amnésie *antérograde*. (Charcot.)

Mais il peut exister encore un autre trouble consécutivement à l'accident, et qui consiste en ce que le sujet est incapable de fixer aucune image nouvelle. Ce phénomène est peu connu, et l'on n'a guère attiré l'attention sur lui malgré l'intérêt qu'il présente. Il n'est cependant pas aussi rare qu'on pourrait croire. C'est encore là de l'amnésie antérograde. Mais la différence qu'elle offre avec la précédente nous force d'y adjoindre un qualificatif. Dans le premier cas, c'est la faculté de reproduire qui fait défaut; dans le second, celle de fixer, de conserver les images. Nous dirons donc amnésie *antérograde de reproduction*, et amnésie *antérograde de conservation*.

Ces distinctions, subtiles en apparence, ont une importance qui n'échappera à personne dès que nous dirons que les troubles en question peuvent se montrer indépendants l'un de l'autre. Il sera donc nécessaire, lorsqu'on se trouvera en présence de l'un d'eux isolément, de préciser clairement auquel on a eu affaire.

Mais la mémoire ne consiste pas seulement à conserver et à reproduire. « Le caractère propre de la mémoire psychique, celui qui n'appartient qu'à elle, dit M. Ri-

bot[1], c'est la *localisation dans le temps*, ce qui, dans la langue de l'école, s'appelle la «*reconnaissance*». J. Sully[2] insiste aussi sur ce caractère de localisation consciente dans le passé comme distinguant tout de suite un fait de mémoire d'un fait d'imagination. « Nous ne disons pas, ajoute-t-il, que nous nous souvenons véritablement d'une chose, à moins que nous ne puissions la reporter à une région plus ou moins clairement déterminée du passé, et la localiser dans cette série de perceptions qui constitue notre image mentale du passé. » Cette localisation consciente n'est, du reste, qu'un phénomène surajouté, un perfectionnement de la mémoire, comme dit M. Ribot. Mais il n'en est pas moins vrai que lorsqu'elle fait défaut la mémoire est défectueuse, sans qu'on puisse dire qu'il y ait bien réellement d'amnésie véritable.

Mais si cette défectuosité n'est pas de l'amnésie, à proprement parler, elle peut révéler l'amnésie. Seulement cette dernière, au lieu de porter sur l'objet du souvenir, porte sur toutes les circonstances qui l'ont accompagné, puisque c'est au moyen de *points de repère* qu'on arrive à localiser ses souvenirs. Lors donc qu'on ne peut localiser un souvenir, cela peut tenir à ce qu'il y a amnésie de ces points de repère. En sorte que ce trouble, qui paraît n'entamer que partiellement la mémoire, indique au contraire qu'elle est profondément atteinte. Il y a donc là une apparence qui pourrait induire dans certains cas en de grosses erreurs au point de vue du pronostic. Sa constatation prouve en outre que si le malade se contente de souvenirs aussi incomplets,

---

1. *Op. cit.*
2. J. Sully, *Les Illusions des sens et de l'esprit.* (*Biblioth. scientif. internat.*, 2e édit., 1889.)

c'est que non seulement sa mémoire, mais encore son jugement, sa conscience, son intelligence tout entière sont touchés.

L'absence de localisation dans le temps n'est pas le seul trouble qui peut atteindre la perfection d'un souvenir. Il y a encore, croyons-nous, l'absence de *localisation dans l'espace*. Ce sont là, du reste, deux choses corrélatives, car, ainsi que le montre ingénieusement Guyau [1], « c'est le mouvement dans l'espace qui crée le temps dans la conscience humaine... Le temps (objectivement) se ramène à des changements nécessaires dans l'espace, changements que nous figurons tantôt par des lignes sans fin, tantôt par des lignes fermées (périodes). » Sans indiquer explicitement cette localisation du souvenir dans l'espace, J. Sully [2] paraît cependant la reconnaître et la distinguer lorsqu'il dit : « Quand je me rappelle distinctement un événement, je suis immédiatement sûr de trois choses : 1° que quelque chose m'est bien réellement arrivé ; 2° que cela m'est arrivé comme je le pense maintenant; 3° que c'est arrivé quand cela me paraît être arrivé. » Quand le premier terme manque, c'est l'amnésie de reproduction ; quand le troisième fait défaut, c'est la localisation dans le temps qui est défectueuse. Quand c'est le second qui est altéré, c'est la localisation dans l'espace qui se fait mal. Pour savoir qu'une chose vous est arrivée *comme* on le pense actuellement, il faut, en effet, se rappeler l'enchaînement des circonstances qui l'ont produite, ce qui implique l'idée de mouvement et par conséquent celle d'espace.

---

1. Guyau, *La Genèse de l'idée de temps*. (*Bibl. de Philosophie contemp.* 1890.)
2. *Op. cit.*

Ces défectuosités de localisation du souvenir pourraient sans inconvénient, croyons-nous, recevoir la dénomination de *paramnésies*. Il faut cependant y ajouter une épithète et dire : paramnésies *de localisation*. Il y a en effet un autre ordre de paramnésies qui ressort de ce que j'appellerai le *trépied* du souvenir parfait, posé par J. Sully. Si nous en relevons les termes nous voyons que la condition fondamentale est la *certitude*.

Or cette certitude peut être altérée de deux façons : ou je suis certain d'un fait qui n'a pas eu lieu réellement, ou je ne suis pas sûr d'un fait qui s'est réellement produit.

Les cas les plus typiques du premier de ces troubles sont ceux de « fausse mémoire » où l'on croit qu'un état présent, nouveau en réalité et se produisant pour la première fois, a été déjà éprouvé antérieurement, et vous donne l'illusion de la répétition du passé. Il y a aussi les rêves prolongés dans lesquels on croit qu'un fait accompli pendant le rêve ou le délire est réel, une fois qu'on est sorti de ce rêve ou de ce délire. Enfin certains dégénérés ayant de la folie du doute peuvent croire qu'ils ont fait des choses qu'ils n'ont jamais faites.

Dans le second cas, je sais qu'un fait m'est réellement arrivé, mais je ne puis préciser l'enchaînement des circonstances qui le constituent, comme cela peut se produire lorsque l'attention portée sur l'issue seule de l'événement ne permet pas d'en suivre les phases, ou bien lorsqu'elle est détournée par des circonstances coïncidentes. On observe encore ce défaut de certitude chez les malades atteints de folie du doute, qui ne sont jamais sûrs s'ils ont ou non fait ce qu'ils ont réellement accompli.

On peut donner à ces défauts de mémoire le nom de *paramnésies de certitude*, qui comprennent les illusions de la mémoire.

Toutes les divisions que nous venons de faire successivement s'appliquent surtout à la perte de la mémoire en général (*amnésie générale*). Mais la mémoire n'est plus une faculté, une fonction indépendante ayant un organe ou un siège distinct. Il n'y a pas une mémoire, mais *des* mémoires dont la localisation est disséminée dans toute l'écorce. Le terme de mémoire n'est, dit Lewes, qu'une expression abréviative pour désigner ce qui est commun à tous les faits concrets de souvenir ou à la somme de ces faits. Il ne suffit donc pas à l'observateur de noter qu'il y a de l'amnésie, de la dysmnésie ou de la paramnésie. Il doit s'enquérir encore de la forme de la mémoire qui est le plus atteinte. En réalité, ces mémoires spéciales, dont l'étude est à peine ébauchée, n'existent pas à l'état indépendant. Tout être doué de mémoire les possède, mais ce qui diffère suivant les individus c'est leur prépondérance. C'est une question de plus ou de moins. C'est ainsi que certains individus ont la mémoire visuelle, ou auditive, ou motrice, etc., prédominante, comme M. Charcot l'a si bien montré pour le langage et après lui Stricker[1], Ribot, etc. Mais on n'analyserait qu'incomplètement une amnésie si l'on se bornait à dire qu'il y a perte de la mémoire visuelle ou auditive. Ces mémoires spéciales sont elles-mêmes constituées par toute une série de souvenirs disséminés. Tel visuel aura surtout la mémoire des formes, tel autre des couleurs ; tel auditif retiendra bien la musique, tel autre les discours, etc. On pourrait ainsi subdiviser

1. Stricker, *Le Langage et la Musique*. (*Bibl. de philos. contemp.*)

presque à l'infini les mémoires, sans grand profit du reste : mémoire des noms, des nombres, des physionomies, des lieux, etc., etc. Mais il n'est pas inutile de noter à l'occasion la perte de ces différentes mémoires (*amnésie partielle*). Il est nécessaire de connaître ces faits pour les rechercher, les décrire et savoir en somme jusqu'à quel minimum peut descendre l'amnésie partielle, s'il y a des lois présidant à la dissolution de ces mémoires spéciales et quelle est leur localisation. On comprend dès lors l'utilité qu'il y a à se renseigner aussi exactement que possible sur l'état antérieur de la mémoire chez un amnésique, point sur lequel nous reviendrons d'ailleurs dans la séméiologie.

En somme, le terme d'amnésie est aussi général et aussi vague par conséquent que celui de mémoire. Il n'y a pas une amnésie, il y a des amnésies. Les amnésies constituent une altération purement quantitative de la mémoire. Les paramnésies sont, au contraire, un trouble essentiellement qualitatif, et les dysmnésies sont à la fois les deux.

Je ne saurais terminer ce chapitre préliminaire sans dire quelques mots de l'historique de cette question des amnésies, qui a pris de nos jours une importance beaucoup plus grande qu'on n'aurait pu le prévoir, par suite des liens de plus en plus intimes qui unissent la psychologie avec la neuropathologie et la psychiâtrie.

Les documents qu'on possède actuellement sur les troubles de la mémoire sont très nombreux et se sont surtout multipliés dans ces trente dernières années. Ils sont, pour la plupart, dispersés dans des recueils spéciaux, médicaux ou philosophiques, et les signaler ici serait faire un index bibliographique et pas autre

chose. Je me bornerai donc à rappeler les travaux les plus importants, qui marquent des étapes dans la connaissance de l'affection qui nous occupe actuellement, soit comme observations, soit comme travaux d'ensemble.

La plus ancienne étude est celle de Louyer-Villermay, qui a pour titre : *Essai sur les maladies de la mémoire*, publiée en 1817 dans les *Mémoires de la Société de medecine de Paris*. En 1819, le même auteur écrit l'article *Mémoire* dans le *Dictionnaire des sciences médicales* (t. XXXII) et introduit dans la science le vocable de *dysmnésie* pour distinguer la diminution de la mémoire de l'amnésie proprement dite, ou perte de la mémoire.

Calmeil, en 1833, écrit l'article *Amnésie*, du Dictionnaire en 30 volumes.

Brodie, en 1825, dans les *Medico-Chirurgical Transactions*, signale pour la première fois l'amnésie rétrograde à la suite de traumatismes. Koempfen, en 1835, en rapporte un cas intéressant, consigné dans les *Mémoires de l'Académie de médecine*, sous le titre de : *Observation sur un cas de perte de mémoire*. Des cas analogues sont rapportés par Toulmouche (*Gazette médicale*, 1843, p. 339), par Hecker (*Med. Jarhbüch. für Nassau*, 1848, p. 246), par Bruns (*Die chirurg. Krankheiten*, 1864), Henke (*Zeitschrift für Staatsarneikunde*, t. XXXV, p. 47). Azam, en 1881, fait un travail d'ensemble sur *Les Troubles intellectuels provoqués par les traumatismes cérébraux* (*Archives générales de médecine*), et la même année M. Ferré passe sa thèse sur l'*Amnésie traumatique isolée*.

En 1866, M. Falret écrit l'article *Amnésie* du *Dictionnaire encyclopédique*, un des meilleurs à consulter aujourd'hui encore au point de vue clinique.

Comme études d'ensemble, il faut citer encore le livre de M. Ribot sur les *Maladies de la mémoire* (1883), auquel tous les auteurs se reportent aujourd'hui et qui a mis de l'ordre et de la clarté dans cette question si complexe. L'année suivante, Legrand du Saulle, dans la *Gazette des hôpitaux*, publie une série de leçons sur les *Amnésies*, où il suit presque pas à pas M. Ribot et n'en diffère que par la classification qu'il propose et que nous verrons plus loin.

En 1885, M. Rouillard passe sa thèse sur les *Amnésies principalement au point de vue étiologique*, travail très consciencieux où l'on trouvera une bibliographie des plus complètes.

Depuis lors il n'y a guère à signaler, comme travail d'ensemble, que l'étude de Krœpelin *Uber Erinerungs falschungen* (*Arch. f. psych.*, 1886-1887), qui renferme un assez grand nombre de faits nouveaux, et s'inspire également du travail de M. Ribot.

Certains points ont été étudiés d'une façon spéciale. En 1874, nous trouvons un intéressant travail de M. Mesnet sur l'*Automatisme de la mémoire et du souvenir*. Ce même auteur avait déjà publié, en 1860, une étude sur le *Somnambulisme pathologique* (*Arch. gén. de méd.*) qui est restée classique et qu'il est important de consulter pour l'étude de la mémoire dans le somnambulisme.

En 1876, M. Azam d'abord, Dufay ensuite, attirent (*Rev. scientifique et Ann. méd. psych.*) l'attention sur ces phénomènes si curieux de *Dédoublement de la personnalité ou amnésie périodique*.

En 1879, M. Motet publie, dans l'*Union médicale*, des faits d'*amnésie temporaire* un peu trop superficiellement étudiés peut-être.

La question de l'*État de la mémoire dans la folie* a été traitée d'ensemble par Pelman en 1864 (*Arch. f. psychiatrie*).

L'*amnésie alcoolique* a fait l'objet de la thèse de M. Babilée en 1886 et l'*Amnésie dans la paralysie générale* celui de la thèse de M. Bondon (1886). Enfin, en 1887, M. Baret passait également sa thèse sur l'*État de la mémoire dans les vésanies*.

Les *Illusions de la mémoire* ont donné lieu à des études intéressantes de la part de Sander (*Erinerungstauschung in Arch. f. psych.*, 1873), de Arnold Fick (*Arch. f. Psychiatrie*, 1876), de Lewes (*Problems of life and mind*), et de J. Sully (*Illusions des sens et de l'esprit*).

Les recueils spéciaux renferment, en outre, des observations éparses de cas d'amnésie, dont les plus intéressantes toutefois ont été rassemblées dans les travaux d'ensemble que je viens de citer, où l'on trouvera la bibliographie de tout ce qui touche aux points spéciaux de l'amnésie, en particulier dans la thèse de M. Rouillard, pour tout ce qui est antérieur à 1885.

Depuis cette époque, il faut citer le travail de Krœpelin (1886-87), et un autre de Liégey sur *Quelques cas d'amnésie* (*Journ. de méd. et de pharm. de l'Algérie*, 1883), et des cas d'Arnozan (*Mém. et Bull. de la Soc. de méd. et chir. de Bordeaux*, 1887), de Bullen (*Brain*, 1888-89), de Backus (*Med. Record*, 1890) et de Séglas et Sollier (*Archives de neurologie*, 1890).

Ajoutons que, dans tous les traités de médecine mentale, on trouve des indications sur ce sujet, de même que dans certains ouvrages sur le sommeil et les rêves, l'hypnotisme, le somnambulisme, et dans toutes les études des affections spéciales où l'amnésie peut se montrer.

Quant à l'aphasie dont on publiait les cas, il y a encore peu d'années, sous le titre d'amnésie, elle a une bibliographie tout à fait spéciale. Comme nous le verrons plus loin, elle ne doit pas être confondue avec l'amnésie vulgaire, et, ne devant pas nous en occuper spécialement dans ce travail, nous n'en parlerons pas ici.

CHAPITRE II

MÉCANISME DE L'AMNÉSIE

SOMMAIRE : Éléments de la mémoire. — Mémoire spécifique. — Mémoire organique. — Conditions générales de la mémoire. — Conditions de la mémoire consciente. — Loi de régression. — Réflexes psychiques. — Réflexes organiques. — Mémoire organique. — Souvenirs divergents, convergents. — Amnésie de la marche. — Mémoire psychique. — Sens du réveil des images. — Modes d'association. — Conscience et localisation. — Report dans le passé. — Localisation du souvenir. — Procédés de localisation : rétrograde et antérograde. — Localisation divergente, convergente. — Paramnésie de certitude. — Importance de la notion du temps. — Intensité de l'image. — Association consciente, inconsciente. — Répétition des souvenirs. — Dysmnésie. — Mémoire et personnalité. — Personnalité actuelle. — Personnalité psychique. — Amnésie simple. — Rêve et somnambulisme. — Dédoublement de la personnalité. — Somnambulisme hypnotique. — Somnambulisme hystérique. — Personnalités multiples. — Dédoublement complexe. — Division psychologique des amnésies. — Mécanisme de l'amnésie organique. — Amnésies systématisées et non systématisées.

Pour comprendre les amnésies il est indispensable de posséder des notions psychologiques sur la mémoire normale.

La mémoire complète, parfaite, comprend trois choses : la conservation de certains états, leur reproduction, leur localisation dans le passé. Ces trois éléments sont d'inégale valeur : les deux premiers sont indispensables; le troisième peut manquer. C'est ce dernier élément cependant qui permet de distinguer

immédiatement un fait de mémoire d'un fait d'imagination. Mais, par localisation dans le passé, il faut, je crois, entendre, non pas comme M. Ribot la position plus ou moins précise d'un souvenir entre tel et tel autre souvenir, mais seulement le fait qu'on sait, aussitôt que le souvenir se présente, qu'il s'agit d'une image *passée*, quelle qu'en soit la position entre les images qui lui ont été autrefois contiguës dans le temps. — Ce *report dans le passé* d'une image implique la conscience. La mémoire complète comprenant les trois éléments que nous avons énoncés plus haut est donc toujours consciente, tandis que la mémoire qui ne comprend que les deux premiers peut être, suivant le cas, consciente ou inconsciente.

Cette mémoire inconsciente est de deux espèces : la mémoire spécifique ou héréditaire, et la mémoire organique.

Les actes réflexes sont le type de la mémoire *specifique*. Il est vraisemblable, en effet, que c'est plutôt grâce à une mémoire héréditaire, que sous l'influence d'une excitation donnée, que les éléments anatomiques réagissent d'une façon déterminée et quelquefois avec une coordination très compliquée (actes instinctifs). Mais laissons de côté ce sujet, si intéressant qu'il soit au point de vue biologique, de même que nous avons mis à l'écart de notre étude l'amnésie congénitale qui correspond à cette variété de mémoire.

Le degré immédiatement supérieur de la mémoire est la mémoire *organique*. Celle-ci se montre dans tous nos actes de la vie quotidienne : marcher, parler, écrire, entendre, coudre, etc. C'est ce qu'on a appelé avec beaucoup de justesse les actions automatiques secondaires ou acquises. A l'encontre des mouvements

réflexes ou instinctifs produits par la mémoire spécifique et qui n'ont jamais été conscients, en tant que souvenirs, ces actes automatiques secondaires, avant de s'accomplir inconsciemment, ont été plus ou moins longtemps conscients au début. Puis, par leur répétition, il s'est produit des associations assez stables entre eux pour qu'une fois la première excitation produite toute la série se déroule d'une façon coordonnée. Je n'ai pas à démontrer ici que cette mémoire naît, se développe et s'acquiert comme la mémoire complète, consciente, dite encore psychique, — c'est un fait indiscutable aujourd'hui, — ni comment s'établissent ces associations.

Que la mémoire soit organique ou psychique, elle nécessite : 1° une impression qui modifie d'une façon spéciale les éléments nerveux, et 2° des associations stables qui s'établissent entre divers groupes d'éléments nerveux, comme l'a clairement exposé M. Ribot. Aussi dit-il que la mémoire organique ne suppose pas seulement une modification des éléments nerveux, mais la formation entre eux d'associations déterminées par chaque événement particulier, l'établissement de certaines associations dynamiques qui, par la répétition, deviennent aussi stables que les connexions anatomiques primitives. Aussi considère-t-il avec raison une mémoire riche et bien fournie non comme une collection d'empreintes, mais comme un ensemble d'associations dynamiques stables et très promptes à s'éveiller.

Pour que la conscience accompagne une perception, et par conséquent plus tard un souvenir, la notion de la durée du phénomène doit entrer en ligne de compte. En effet, la conscience ne peut se produire que si l'action nerveuse n'est pas inférieure comme durée à celle que

requiert l'action psychique pour éveiller la conscience. Si le processus nerveux se produit trop vite, — comme dans le réflexe où les associations dynamiques s'éveillent très rapidement, — la conscience manque. Ceci nous explique comment les actes automatiques secondaires sont d'abord conscients parce qu'ils se produisent lentement, et deviennent ensuite inconscients une fois que les associations dynamiques se produisent très rapidement et ne laissent pas, par conséquent, au phénomène psychique de conscience le temps de se produire.

On voit par là qu'il y a antagonisme entre la stabilité des associations et la conscience des phénomènes. Plus les associations sont stables, plus elles s'éveillent vite, moins il y a de conscience; plus ces associations sont instables, plus elles mettent de temps à s'accomplir et plus elles sont conscientes. Il n'est donc pas étonnant de voir que, suivant la loi de régression de la mémoire, ce soit la mémoire psychique dont le caractère particulier est précisément d'être consciente, qui disparaisse la première, tandis que la mémoire organique résiste bien davantage, et qu'enfin la mémoire spécifique disparaît la dernière.

La mémoire psychique n'est, comme la mémoire organique, qu'un ensemble d'associations dynamiques plus moins stables. Mais, comme l'a bien montré M. Ch. Richet dans sa *Psychologie générale*[1], il existe dans le domaine psychique des réflexes absolument comme dans le domaine organique, réflexes psychiques qui, en raison de leur rapidité, ne s'accompagnent pas

---

1. Ch. Richet, *Essai de psychologie générale.* (*Bibl. de philos. contemp.*)

de conscience au bout d'un certain nombre de répétitions et qui survivent à la perte de la mémoire consciente.

Ces réflexes inconscients ne sont pas le seul élément inconscient de la mémoire. En effet, de ce qu'un phénomène a été conscient à un moment donné il ne s'ensuit pas qu'il reste continuellement dans le champ de la conscience actuelle. La condition de la mémoire c'est l'oubli, a-t-on dit. Il est préférable de dire que c'est le passage du conscient à l'inconscient. En effet, pour nous rappeler un phénomène, nous sommes obligés de faire abstraction de tous les autres. Mais nous ne les oublions pas en réalité, puisque dans un moment nous allons pouvoir en réveiller les images à leur tour. Nous les laissons seulement à l'état d'images trop faibles pour être conscientes. En effet, l'intensité de l'image est, avec la durée qu'elle met à s'imprimer ou à s'éveiller, une condition de la conscience. Si l'image est trop faible, elle reste toujours inconsciente ; si l'excitation qui doit l'éveiller n'est pas assez puissante pour la renforcer lorsqu'elle s'est affaiblie par le temps, elle n'est pas accompagnée de conscience non plus.

L'intensité de l'impression première de l'image dépendant en grande partie de l'attention du sujet au moment où elle se produit, on voit de suite le rôle de l'attention sur la mémoire et, par contre, celui du défaut d'attention dans l'amnésie. Or ce défaut d'attention sur l'image qui constituera le souvenir peut tenir à ce que l'attention est incapable de se fixer sur quoi que ce soit, comme chez certains idiots, imbéciles ou aliénés agités, ou bien à ce qu'elle est absorbée par une seule chose, phénomène d'ordre quelconque, comme dans le cas d'idées fixes, d'obsessions, d'hallucinations obsédantes. Cet

état d'inattention par idée fixe empêche les impressions capables de servir de points de repère de laisser dans les centres des images permanentes et conscientes ; d'où la perte de la notion de temps par suite de cette absence de points de repère.

Il n'y a donc jamais de réellement conscient dans la mémoire psychique que le souvenir évoqué actuellement. Tous les autres restent dans le domaine du subconscient ou même de l'inconscient. Parmi eux les uns peuvent passer de nouveau dans le champ de la conscience, les autres en sont complètement disparus et n'y peuvent plus être ramenés. Ils ne prennent pas moins une part à nos opérations psychiques, dont ils constituent même quelquefois la plus grande. Ce sont ces phénomènes que M. Pierre Janet[1] a si bien étudiés dans son remarquable livre sur l'*Automatisme psychologique*.

Le rôle de la mémoire dans la constitution de notre personnalité est d'une importance capitale. C'est par la perception synthétique de toutes nos sensations internes et externes que nous avons la conscience de notre personnalité *actuelle*. C'est par la mémoire de tous nos états antérieurs et de leur succession dans le temps que nous avons conscience de la *continuité* de notre moi. L'intégrité de la personnalité est donc intimement liée à l'intégrité de notre mémoire organique et psychique. L'étude des amnésies pourra ainsi nous éclairer sur ce problème si intéressant de la personnalité, qui se trouve si souvent atteinte dans les maladies où l'on rencontre également l'amnésie, ce qui dès à présent n'a pas lieu de surprendre.

---

1. P. Janet, *Automatisme psychologique*, in *Bibl. de philos. contemporaine.*

Nous allons maintenant essayer de donner des phénomènes normaux et des troubles de la mémoire une démonstration en quelque sorte tangible de leur mécanisme, au moyen de schémas, en insistant sur quelques points qui n'ont pas encore été mis en lumière, et que nous ne présentons, d'ailleurs, qu'à titre d'hypothèses.

Un réflexe, qui représente, avons-nous dit, le type le plus simple de la mémoire spécifique, peut être représenté par un arc comprenant : un point de départ d'une excitation A, un centre réflexe B, un point d'arrivée où le mouvement se produit C. Le sens dans lequel se produit le réflexe est toujours le même et va du point d'excitation au point mis en mouvement, de A à C. (Fig. 1.)

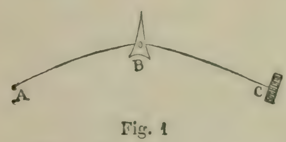


Fig. 1

Voyons ce qui se passe pour un mouvement automatique secondaire, c'est-à-dire dans la mémoire organique. Ici les choses sont un peu plus compliquées en apparence. Il s'agit d'une association dynamique des éléments nerveux; c'est-à-dire que plusieurs centres réagissent les uns sur les autres dans un ordre déterminé pour produire une série de mouvements associés dans le même ordre. Au lieu que l'excitant soit exclusivement sensitif, il peut être aussi psychique, et le plus souvent alors volontaire. Si nous représentons les choses graphiquement (fig. 2), nous voyons que sous l'influence de l'excitation A, l'élément nerveux B réagit pour produire le mouvement M d'une part et exciter

l'élément B′ avec lequel il est associé d'autre part. — Celui-ci réagit à son tour pour produire M′ et exciter B″, et ainsi de suite, un plus ou moins grand nombre de centres nerveux étant ainsi mis en activité suivant la complexité du mouvement qui se compose d'une série de mouvements élémentaires successifs M, M′, M″.., M^n.

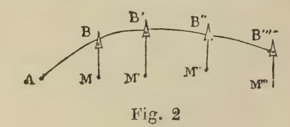


Fig. 2

Pour que l'acte automatique s'accomplisse régulièrement, il faut que l'ordre M M′ M″ M‴ M^n ne soit pas interverti, c'est-à-dire que l'excitation partie de B, B′, B″, B‴ se fasse toujours dans le même ordre, c'est-à dire *dans le même sens.* L'arc AM‴ n'est donc jamais fermé, non plus que ne l'était l'arc réflexe AC, et le sens de l'excitation se fait toujours de A en M‴, autrement dit : *le sens dans lequel se fait le réveil des images dans la mémoire organique est toujours le même, quel que soit le point de l'arc sur lequel porte l'excitation.* Je suppose, par exemple, qu'une excitation quelconque autre que A, mette en activité le centre B′, celui-ci ne réagira pas sur B ou sur B″ indifféremment, mais seulement sur B″, et l'association dynamique continuera à se faire comme si l'excitation était partie de A et passée par B. (Fig. 4.)

Non seulement ce réveil des images se fait dans le même sens quand il est inconscient, mais aussi lorsqu'il est conscient. Il est en effet très difficile, même avec une grande attention, d'exécuter un acte automatique secondaire en sens inverse. On n'arrive guère à le

décomposer mentalement dans ce dernier sens qu'au moyen d'un subterfuge qui consiste à se le représenter exécuté par une autre personne.

Un des centres de la courbe AM‴ peut appartenir à une autre association dynamique. Dans ce cas c'est la plus stable qui l'emporte sur l'autre. C'est ce qui se produit, par exemple, quand on exécute un pot pourri musical. Dès qu'on arrive à un dessin musical qui appartient à deux morceaux différents on continue aussitôt à jouer celui qu'on possède le mieux dans les doigts, comme on dit, et cela d'une manière inconsciente.

On peut représenter graphiquement les choses de la façon suivante (fig. 3). Arrivée en B l'excitation, au lieu de suivre la voie BB′, suit la voie B*b*, l'association entre ces deux centres étant plus forte qu'entre BB′.

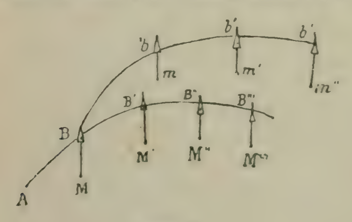


Fig. 3

Au lieu qu'une même excitation puisse donner lieu à deux associations dynamiques, deux excitations différentes peuvent, au contraire, aboutir à un même mouvement, ce qui se représente ainsi (fig. 4). En continuant à nous servir de l'exemple du pot pourri, les deux airs représentés par les mouvements CB′ et BB′ ayant un mouvement commun B′, fortement associé avec le mouvement B″ d'un troisième air, le musicien,

qu'il commence par A ou A′, finira toujours par l'air représenté par les mouvement M′M″M‴.

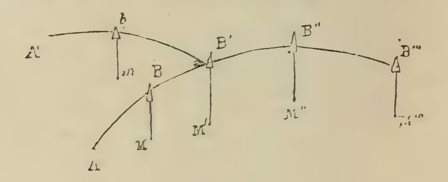


Fig. 4

Dans le premier cas, les souvenirs divergent à un moment donné ; dans le second ils convergent au contraire. Cette question du *sens du réveil des images*, dont on s'occupe peu ou point, m'a semblé intéressante, par le fait même de ses conséquences.

Appliquons, en effet, ces données à l'amnésie. Pour que le mouvement automatique acquis MM′M″M‴ (fig. 2) — prenons la marche, par exemple — ne s'accomplisse plus, il suffira que l'excitant A, c'est-à-dire, dans le cas particulier, le contact du sol avec la plante du pied, n'éveille pas en B le souvenir du mouvement M. Dès lors, quand bien même les centres B′B″B‴ pourraient être mis en action, c'est-à-dire que le souvenir des mouvements M′M″M‴ pourrait y être réveillé, la marche ne sera pas possible. Il y aura de l'abasie, maladie si bien décrite par M. Paul Blocq[1]. Mais, par contre, dans ce dernier cas où les souvenirs emmagasinés en B′B″B‴ seraient conservés, l'abasique pourra faire les mouvements coordonnés qui résultent de la mise en

1. P. Blocq. *D'une affection caractérisée par de l'astasie et de l'abasie.* (*Arch. de neurol.,* 1888.)

activité des centres B'B''B''', sous l'influence d'une excitation autre que A, agissant directement ou indirectement sur B' comme dans la figure 4, c'est-à-dire dans une association où ces derniers centres seraient communs. C'est ainsi que l'abasique qui ne sait plus marcher lorsque son pied est en contact avec le sol, peut exécuter les mouvements de la marche quand il est couché. L'excitation A ne produisant pas d'excitation sur le centre B, celui-ci ne réagit pas sur B', pour produire le mouvement M.

Mais cette inhibition d'un centre de mémoire motrice peut s'étendre à tous les autres, et alors non seulement la marche est impossible, mais encore tous les actes où sont mis en jeu les souvenirs des mouvements M'M''M''' fixés en B'B''B''', comme cela peut se produire pour un acte qui *se ferait suivant l'arc* A'*b*B'B''B'''M''' (fig. 4).

Je suppose maintenant que ce ne soient plus les souvenirs fixés en B qui ne puissent plus être éveillés par A, mais que ce soient ceux fixés en B'B''B''' (fig. 2). Si B appartient à cette seule association AM''', la première partie de l'acte, AM, s'accomplira, mais non le reste du mouvement.

Mais souvent B appartient à une autre association, telle que A*m*''' (fig. 3). Dès lors, si la mémoire des mouvements M'M''M''' est abolie en B'B''B''', B réagira sur *b*, et l'acte A*m*''' se produira, quoique l'on ait eu l'intention de produire l'acte AM'''. En voici un exemple. Supposons que AM''' représente l'acte de marcher en avant, et A*m*''' celui de marcher en arrière. Tous deux nécessitent pour premier mouvement de lever le pied du sol, représenté par le réflexe ABM. Mais à partir du moment B mettant en activité le centre *b* des souvenirs du mouvement *m*, qui porte le pied en arrière et

non en avant, l'individu se mettra à marcher à reculons tout en voulant avancer. On pourrait faire un raisonnement analogue pour tous les actes automatiques secondaires.

Voyons maintenant comment les choses se passent dans la mémoire psychique. Chaque souvenir est composé d'un certain nombre d'images élémentaires dont les unes et les autres sont d'inégale intensité, mais qui ont pour caractère essentiel d'être associées chacune à toutes les autres. Le souvenir d'un mot, par exemple, est constitué par l'image motrice, l'image visuelle, et l'image auditive de ce mot, comme l'a si bien montré M. Charcot. Le souvenir d'un mot éveille en même temps, mais d'une façon prédominante suivant les sujets, ces différentes images. C'est ainsi qu'on a les moteurs, les auditifs, les visuels, suivant que l'on se représente les mots par les mouvements qu'on fait en les prononçant, ou par le souvenir du son produit en les émettant, ou de leur forme lorsqu'ils sont écrits.

On peut remarquer deux choses. D'abord que, quelle que soit l'image qui se présente la première à l'esprit, elle éveille les autres dans un ordre indéterminé, et ensuite que l'une de ces images peut manquer sans que le souvenir soit détruit, double différence avec la mémoire organique. Toutes les images constitutives d'un souvenir complet sont donc reliées entre elles dans un ordre variable suivant les individus et même suivant les circonstances. La ligne qui les relie est donc continue avec elle-même, fermée, et se présente alors sous forme d'une circonférence, et non plus d'un arc, comme dans la mémoire organique (fig. 5).

Supposons le souvenir d'une seule lettre, A, pour sim-

plifier les choses. Le souvenir complet de cette lettre est constitué par l'image motrice d'articulation, *a* ; l'image des mouvements nécessaires pour l'écrire *b*, l'image des traits qui la représentent *c*, et l'image du son qui la rend *d* (fig. 5). Une de ces images éveille le souvenir

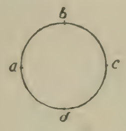


Fig. 5

de toutes les autres, mais une, deux ou trois peuvent manquer sans que la mémoire de la lettre A soit perdue. On n'a qu'une amnésie partielle. Que ce soit *a* qui apparaisse le premier, ou *c*, ou *d*, peu importe, les autres images, à moins d'une lésion, apparaîtront.

Comme d'autre part *c*, par exemple, peut manquer sans que *b* cesse d'éveiller *d*, il faut en conclure que *d* n'est pas seulement associé à *c*, mais directement à *b*. On peut faire le même raisonnement pour *a*, *b* et *d*. Nous en concluons que chaque image éveille les autres images sans être obligée, comme pour la mémoire organique, de passer par un certain ordre toujours de même sens, et que : *toutes les images sont associées entre elles* et *toutes se suscitent dans tous les sens*. Mais cela peut se représenter de deux manières. Ou bien les associations entre les images partent de chacune d'elles pour rayonner vers les autres (fig. 6) ; ou bien ces associations ont un point commun (fig. 7).

En apparence les deux figures 6 et 7 expliquent également bien les choses ; en réalité il y a entre les

souvenirs qu'elles représentent une différence fondamentale : c'est la présence ou l'absence de la conscience.

Lorsqu'un souvenir complet s'éveille suivant le mode de la figure 6, il ne peut être qu'inconscient. En effet, il

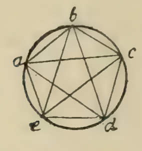


Fig. 6

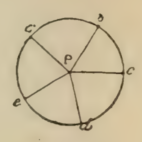


Fig. 7

n'y a aucun point où toutes les images soient synthétisées et perçues en dehors d'elles. L'image *a*, par exemple, éveille bien toutes les autres images *b*, *c*, *d*, *e*, mais l'individu chez lequel ce phénomène se passe est incapable de savoir si le point de départ a été en *a* ou en tout autre point, et si l'éveil des images s'est fait suivant les lignes *a b*, *a c*, *a d*, *a e*, ou, au contraire, suivant la courbe fermée *a b c d e*. Si on admettait que *a* peut être perçu par la conscience directement, il faudrait admettre qu'il est à la fois centre émetteur et centre récepteur, point de départ du souvenir et lieu de synthèse de ce souvenir, ce qui ne peut se comprendre. Lorsqu'un souvenir s'éveille suivant le mode de la figure 6 il est donc inconscient et, quoique d'ordre psychique, il est en tous points comparable aux souvenirs de la mémoire organique. Comme dans celle-ci une des images *a*, *b*, *c*, *d*, *e* peut faire partie d'une autre association dynamique qu'elle éveillera si elle a avec elle des rapports plus stables, ce qu'on peut se représenter aussi sous forme de deux cercles tangents (fig. 8).

Pour qu'il y ait conscience, il faut que les diverses images *a, b, c, d, e* soient perçues en un même point où elles sont synthétisées et considérées comme appartenant à un même système. En nous reportant à la figure 7, nous voyons que les images *a, b, c, d, e,* réunies

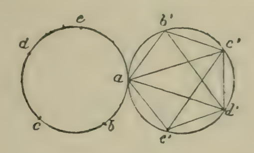


Fig. 8

entre elles par la ligne continue *a b c d e a*, sont en même temps réunies toutes entre elles par des lignes convergeant en P. Le phénomène qui a lieu en P et qui groupe en un seul faisceau toutes les images appartenant à la ligne *a b c d e a*, c'est la conscience. Celle-ci perçoit, en outre, ces images non comme des perceptions actuelles, mais comme des images de perceptions *passées*.

Comme on le voit, l'opinion de M. Ribot, — que la conscience n'est qu'un phénomène surajouté au phénomène de la mémoire, — se trouve ainsi corroborée. Un souvenir constitué suivant le mode de la figure 7 est donc un souvenir conscient. Mais on constate d'autre part que, contrairement à cet éminent philosophe, ce n'est pas la localisation dans le temps qui constitue le caractère propre de la mémoire psychique, — cette localisation, d'après lui, impliquant, en outre, la conscience. Or, d'une part, la mémoire psychique peut être et est souvent en réalité automatique et inconsciente, et, d'autre part, c'est le fait de percevoir les images constituant le sou-

venir comme des images, c'est-à-dire la reproduction de perceptions passées, et non comme des perceptions nouvelles, qui caractérise le fait de mémoire. Appelons cela, si l'on veut, la localisation dans le *passé*, mais non la localisation dans le *temps*, car dans un fait d'imagination on localise également dans le temps, mais dans le temps futur, ou dans un temps qui n'a jamais existé.

Disons donc localisation ou mieux *report dans le passé*, si nous ne voulons pas conserver le vieux mot de « reconnaissance » qui exprime bien la chose cependant.

Il y a pour nous cette différence capitale entre la localisation véritable dans le temps et le report dans le passé, que la première opération nécessite la mise en jeu de plusieurs souvenirs, tandis que la seconde n'implique qu'un seul souvenir et se confond avec la conscience même qui accompagne ce souvenir. Pour localiser un souvenir, il faut forcément que je le place entre deux autres contigus dans le temps ; pour que je sache que l'image qui se présente à moi est un souvenir, je n'ai pas besoin de la placer entre d'autres souvenirs. L'état de conscience spécial dont elle s'accompagne indique qu'elle n'est pas nouvelle, et par conséquent appartient au passé.

Notre existence peut être représentée par une ligne droite XY ininterrompue. Sur cette ligne sont échelonnés nos souvenirs, c'est-à-dire les associations dynamiques qui correspondent à nos états successifs. Ces souvenirs sont tous associés entre eux, mais tantôt d'une manière consciente, tantôt d'une manière inconsciente. Nous ne pouvons recevoir dans le même moment deux impressions identiques sur le même point sans

les confondre en un seul souvenir, sinon en une seule perception

C'est ainsi, par exemple, qu'en rapprochant beaucoup les pointes d'un compas de Weber sur certains points du corps, je ne perçois qu'une seule sensation, les centres perceptifs n'étant pas assez éloignés pour pouvoir les différencier. Si on les écarte suffisamment pour que je sente distinctement les deux pointes, je n'aurai pas deux souvenirs dans le même moment, comme cela pourrait sembler au premier abord, mais bien un seul en réalité, car la double sensation s'associera tellement dans mon esprit que je ne pourrai éveiller le souvenir de la piqûre d'une des pointes sans éveiller en même temps celui de l'autre. Je n'aurai pas *deux* souvenirs d'*une* pointe me piquant en même temps en *deux* points, mais *un* souvenir de *deux* pointes me piquant *simultanément*.

Il ne peut donc jamais y avoir qu'un seul souvenir à la fois sur la ligne XY, mais ce souvenir peut être plus ou moins complexe, comme l'indique la figure 9, c'est-à-dire composé d'un plus ou moins grand nombre d'images élémentaires.

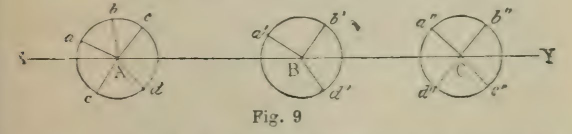


Fig. 9

Comment peut se faire la localisation du souvenir? Étant donné le souvenir B, par exemple, comment arriverai-je à le localiser entre A et C? (figure 9). Il est facile de se convaincre que si une des images composantes des souvenirs A et C n'est pas une date

précise, que si la notion de temps ne fait pas partie intégrante de ces souvenirs, je ne puis les prendre comme points de repère. Aussi est-il impossible de localiser le souvenir d'une idée entre plusieurs autres, si on n'a pas un événement fixe auquel on puisse la rattacher.

Il faut admettre, en outre, pour comprendre la possibilité de la localisation, que tous les souvenirs sont associés entre eux d'une façon plus ou moins stable, soit consciente, soit inconsciente. Mais il n'en reste pas moins très difficile d'expliquer ce mécanisme que l'ingénieuse découverte des points de repère semblait simplifier complètement.

Il y a, du reste, pour localiser un souvenir plusieurs procédés, sur lesquels il n'est pas inutile d'attirer l'attention, car ils sont loin d'avoir le même mécanisme et d'être aussi faciles à expliquer l'un que l'autre. Il faut d'abord établir qu'entre les divers points de repère dont on se sert il existe toujours une série de souvenirs subconscients ou inconscients qui ne sont pas éveillés, quoique contigus dans le temps à ces points de repère. Nous en chercherons tout à l'heure la raison. Examinons, en attendant, comment nous nous y prenons pour localiser un souvenir.

Si le souvenir A à localiser est très récent, je pars du

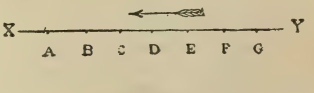


Fig. 10

moment présent G (fig. 10), et en éveillant par contiguïté les souvenirs de plus en plus éloignés, j'arrive à

celui que je veux localiser. Je n'ai pris ainsi mes points de repère que d'un seul côté, et j'ai réveillé tous les souvenirs dans le même sens rétrograde.

Je puis agir d'une autre façon, et partir d'un moment antérieur à A pour descendre jusqu'à lui, par le même procédé que précédemment mais en sens inverse (fig. 11), ou antérograde.

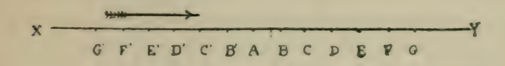


Fig. 11

Au premier abord, le procédé peut paraître analogue; il n'en est rien. Si de ce moment actuel je saute immédiatement à G, époque antérieure à A, il faut que j'aie déjà une certaine conscience de la position de A dans le temps, puisque je sais qu'il est placé après G'. Lorsqu'on ne peut pas arriver dans l'un ou l'autre cas à localiser A à côté de B ou de B', c'est le trouble auquel j'ai donné le nom de *paramnésie de localisation*.

La paramnésie de *certitude* en est une conséquence si le sujet se rend compte de l'impossibilité où il est de localiser son souvenir en tel ou tel point. Mais elle ne se présente pas forcément et n'existe pas si le sujet localise à faux sans s'en apercevoir. Elle peut, d'ailleurs, exister d'une façon indépendante.

Quand le souvenir est ancien, on ne peut plus remonter la chaîne des souvenirs depuis le moment actuel. On prend alors un point de repère qu'on croit plus ou moins rapproché du souvenir à localiser et on cherche si l'événement qui a donné lieu au souvenir s'est produit avant ou après le point de repère. On procède alors par

oscillations divergeant de ce point. Mais le fait de choisir ainsi un point de repère prouve qu'on a encore ici un certain degré de conscience de la position cherchée du souvenir. Les opérations qui amènent à ce choix sont subconscientes ou même quelquefois inconscientes. Il n'est donc pas absolument exact de dire, avec M. Ribot, que la localisation dans le temps n'est que l'apport de la conscience au fait de la mémoire. Si la fin de l'opération de la localisation est consciente, le commencement est souvent certainement plus ou moins inconscient. D'ailleurs, la rapidité même avec laquelle l'opération du choix du point de repère se fait exclut la conscience, que l'on emploie un quelconque des trois procédés précédents que l'on peut désigner des noms de : *localisation rétrograde*, *localisation antérograde*, et enfin *par oscillations convergentes*.

Dans ce dernier mode voici comment on procède. Comme dans les autres cas, on localise subconsciemment son souvenir dans un certain espace de temps dont les deux extrêmes constituent les points de repère cardinaux. On comble ensuite la distance qui sépare ces deux points par des souvenirs associés tantôt à l'un, tantôt à l'autre, jusqu'à ce qu'enfin le souvenir à localiser soit immédiatement contigu dans le temps aux deux derniers souvenirs issus chacun des points de repère extrêmes.

Mais une complication peut survenir, qui donne lieu, lorsqu'elle n'est pas résolue, à cet autre trouble que j'ai désigné sous le nom de *paramnésie de certitude*.

Je suppose, en effet, que je cherche à préciser un phénomène survenu au cours d'une action que j'accomplis périodiquement et dans des circonstances identiques, par exemple pendant un voyage que je fais

régulièrement à date fixe et au même endroit. Si je vois un fait pendant un de ces voyages, je pourrai bien avoir le souvenir très net de ce fait, sans être capable de préciser au bout d'un certain temps pendant quel voyage j'en ai été témoin, à cause de la similitude des circonstances au milieu desquelles il est survenu. N'ayant aucun rapport avec ces circonstances elles-mêmes, je n'aurai en effet, guère de raisons pour le rattacher à l'un plutôt qu'à l'autre des groupes de souvenirs identiques que forme chacun de mes voyages et qui, en raison de leur identité, ne s'impriment pas dans des points différents mais ne font que se renforcer par leur répétition. Alors même que cet événement serait associé à un autre phénomène fréquent mais non habituel de mes voyages, cette association ne pourrait pas me servir à localiser exactement mon souvenir, si ce phénomène ne comportait pas essentiellement la notion de temps.

C'est, en effet, cette *notion de temps* qui est fondamentale dans les points de repère, comme nous le disions plus haut, et c'est ce qui fait que toutes les images interposées entre les points de repère et qui ne sont pas associées intimement à l'idée de temps ne s'éveillent pas et restent dans l'inconscient. Il suffit, au contraire, que deux images contiennent cette idée pour qu'il s'établisse entre elles un rapport et qu'elles forment une association dynamique dont les divers éléments se mettront réciproquement en activité, soit dans un sens, soit dans l'autre.

On s'explique ainsi facilement la localisation rétrograde et antérograde, mais beaucoup moins la localisation par oscillations.

Pour la comprendre, il est nécessaire de faire inter-

venir l'*intensité de l'image*, puisque c'est aussi une des conditions de la conscience. Or, dans le groupe dynamique dont fait partie le souvenir à localiser, toutes les images ne sont pas d'égale intensité. Les plus intenses sont les points de repère. Ceux-ci n'éveillent pas indifféremment et par simple contiguïté dans le temps les images où l'idée de temps est associée, mais les plus intenses de ces images d'abord, et celles-ci réagissent de même à leur tour. C'est ce qui explique que ce soit, tantôt un souvenir antérieur, tantôt un postérieur à l'époque qu'on cherche à préciser qui se présente. Il résulte de cette conception que dans l'association dynamique dont fait partie le souvenir en question c'est lui dont l'intensité de l'image est la moins forte. Plus elle l'est, moins il y a d'oscillations.

En réalité, la localisation par oscillations convergentes pourrait se confondre avec celle par oscillations divergentes, et les graphiques par lesquels on peut les représenter se confondent. Soit un groupe ABCDEF de souvenirs formant une association dynamique, dans laquelle il s'agit de localiser le souvenir D, par exemple (fig. 12).

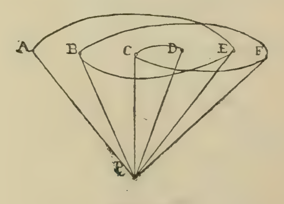


Fig. 12

Dans la localisation par oscillations divergentes le souvenir A perçu par la conscience en P éveillera, par

exemple, le souvenir E qui sera alors perçu consciemment; puis E réagira sur B, celui-ci sur F; F sur C et C sur D.

Dans la localisation par oscillations convergentes (fig. 12 *bis*) le résultat est le même. Seulement, au lieu de se rapprocher et de s'éloigner alternativement du souvenir à localiser, comme dans le cas précédent, les souvenirs s'associent en se rapprochant toujours de plus en plus du point cherché, et viennent se synthétiser en définitive en P.

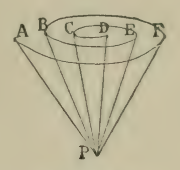


Fig. 12 *bis*.

On peut, je crois, ramener en somme les procédés de localisation à deux :

Localisation par progression continue	rétrograde. antérograde.
Localisation par oscillations.	divergentes. convergentes.

Il est maintenant un fait d'une importance capitale, qui découle de tout ce que l'on vient de voir, c'est que les souvenirs s'associent entre eux par ce seul fait qu'ils renferment une idée de temps.

Il en est un autre à établir : c'est de savoir si une image commune à plusieurs souvenirs est fixée dans le même point. Cela paraît très vraisemblable dans la mémoire psychique et évident dans la mémoire orga-

nique. Il suffit de se reporter aux figures 3 et 4 et aux phénomènes qu'elles représentent, pour se rendre compte qu'on ne pourrait les expliquer autrement d'une façon plus simple. Or, comme la mémoire organique est, en somme, une mémoire psychique modifiée par la disparition de la conscience, on est forcé d'admettre la même hypothèse pour la mémoire psychique elle-même. C'est, du reste, en vertu de cette idée que nous avons construit la figure 8, où l'image *a* commune à deux souvenirs occupe le point tangent de ces deux souvenirs.

Mais les choses sont un peu plus compliquées par suite du mélange des souvenirs conscients et inconscients ou subconscients. Ici les associations de souvenirs se font par voie tantôt consciente, tantôt inconsciente.

Il est facile de comprendre comment se fait l'opération consciente : il suffit d'observer ce qui se passe lorsque nous nous laissons aller à la rêverie et que nous reconstituons en sens inverse la chaîne d'idées par lesquelles nous sommes passé. L'éveil réciproque des souvenirs se fait par un point commun à deux souvenirs et quelquefois à plus, mais momentanément seulement, car on est forcé de choisir une seule direction pour continuer la rêverie. C'est donc une série de souvenirs tangents, dont une des images est commune (fig. 13).

Or, il peut arriver que l'une des images du souvenir D soit commune également à A, soit *a*. Arrivé à la fin de sa rêverie, on se trouvera donc ramené au souvenir primitif A. Mais alors une autre des images composantes de A, *b* par exemple, étant commune à un autre souvenir A′, la rêverie va prendre une nouvelle direction A′ B′ C′ D′. L'association des souvenirs se fait de la même façon en somme que l'association des idées. Le fait de *rétablir* une association d'idées ne diffère de

celui de l'*établir* que par la conscience qu'on a dans le premier cas de l'avoir établie déjà. Ce sont choses bien connues.

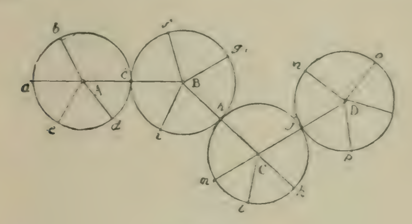


Fig. 13.

Mais nous sommes quelquefois très étonnés de voir un fait, une idée, évoquer en nous un souvenir très ancien et qui n'a, en apparence, aucune relation avec ce fait ou cette idée. C'est ainsi que l'idée d'une chose éveille chez nous une sensation gustative, ou visuelle, ou autre, sans que nous puissions savoir pourquoi ; ou inversement qu'une sensation éveille chez nous certaines idées ou certains souvenirs.

Essayons de représenter graphiquement ces phénomènes (fig. 14).

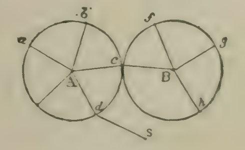


Fig. 14.

Voici un souvenir A, composé d'images élémentaires *a b c d e*. Au moment où le phénomène auquel il se

rapporte s'est produit d'une façon consciente, j'ai éprouvé simultanément une sensation S, absolument étrangère à ce phénomène, qui s'est imprimée au point où toutes les sensations identiques se fixent, mais qui est liée à A par sa simultanéité.

Le phénomène A absorbant toute mon attention, cette impression S n'a pas été consciente ou l'a été extrêmement peu.

Lorsque le souvenir B éveille le souvenir A qui lui est tangent par l'image *c*, celui-ci réveille le souvenir de la sensation S qui lui est associé dynamiquement, mais qui, placé en dehors du champ de la conscience du souvenir A, m'apparaît sans lien avec lui. D'autre part, sous l'influence d'une sensation nouvelle S, le souvenir A peut s'éveiller et à son tour le souvenir B, et l'on est alors surpris de voir surgir dans son esprit un souvenir qui ne paraît en rien associé avec l'idée ou le souvenir actuel.

Ces phénomènes d'association par simple coïncidence sont très fréquents chez les hystériques, et on doit en tenir grand compte pour expliquer certaines bizarreries apparentes de leur état. Toute l'hystérie, du reste, peut s'expliquer par des troubles des associations dynamiques des éléments nerveux, soit qu'elles s'opèrent faussement, soit qu'elles s'opèrent incomplètement.

Je dois maintenant attirer l'attention sur un point que l'on n'envisage guère. On discute, en effet, sur la production du souvenir d'un phénomène, comme si ce souvenir ne se produisait qu'une fois. Mais le fait de se souvenir d'une chose implique une certaine durée. Dans la chaîne ininterrompue de notre fonctionnement psychique, le souvenir d'un phénomène occupe donc

une certaine place chaque fois qu'il se produit, et a, par conséquent, certains rapports dans le temps avec les phénomènes qui le précèdent et le suivent, et qui donneront lieu eux-mêmes plus tard à des souvenirs.

Soit, par exemple, le souvenir A d'un phénomène X, composé des images *a b c d* et qui a occupé dans le temps l'espace compris entre les autres phénomènes Y et Z (fig. 15).

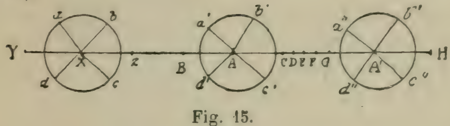


Fig. 15.

Le moment où se produit ce souvenir A se trouve placé entre les phénomènes B et C. Puis, un certain nombre de phénomènes D E F G se succèdent et une seconde fois le souvenir A est éveillé, soit A′. Celui-ci occupe également dans le temps une place entre G et H, phénomènes qui lui sont immédiatement antérieur et postérieur. Ces deux souvenirs A et A′, quoique représentant tous deux la reproduction des images que le phénomène X a laissées dans le cerveau, diffèrent donc cependant entre eux du fait de leur situation dans le temps et des associations qui en dérivent. Lorsque je voudrai localiser exactement le souvenir du phénomène X, je pourrai donc éprouver un certain embarras et le localiser entre B C, au lieu de le localiser entre Y Z. Or c'est là un trouble qui se rencontre fréquemment dans les dysmnésies dues à des lésions organiques du cerveau, comme dans la démence, la paralysie générale, dans certains délires, tel que le délire alcoolique, ou encore dans l'hystérie, où toutes les formes d'amnésie, depuis

les plus élémentaires jusqu'aux plus complexes, se rencontrent. Mais il est à remarquer que, si les souvenirs A et A′ diffèrent entre eux, c'est dans leur ensemble seulement et par suite de leurs connexions avec des phénomènes différents. Leurs images composantes sont toujours identiques. Bien plus : on remarque qu'elles sont de plus en plus fortes et que chaque fois que le souvenir du phénomène X se reproduit, ses images se renforcent, comme si une nouvelle impression venait s'ajouter à l'impression première. Ceci prouve évidemment que, si les souvenirs n'occupent pas la même situation dans le temps, leurs images occupent la même place dans les centres nerveux.

Par suite de ce renforcement des images par la répétition des souvenirs, on s'explique aussi pourquoi plus les souvenirs sont anciens, plus ils persistent. Ce sont toujours les plus récents qui disparaissent les premiers. Telle est la loi générale de la régression de la mémoire, qui est bien établie aujourd'hui.

Mais l'on voit, d'autre part, que si les souvenirs des faits les plus anciens, tels que, par exemple, le souvenir du phénomène X, persistent le plus longtemps, ils ne persistent pas cependant dans toute leur intégrité. En effet, le souvenir total de X est composé en réalité des images primitives *abcd*, plus du renforcement des images *a′b′c′d′*, plus des nouvelles images *a″b″c″d″*. Si je perds le souvenir des phénomènes de F à H, par exemple, qui sont les derniers survenus, les images *a″b″c″d″* se trouvent comprises dans cette amnésie et le souvenir de X est diminué d'autant. C'est un fait très évident dans les cas de dysmnésie, où non seulement la mémoire des faits récents est perdue, mais encore celle des faits anciens est *affaiblie*.

Le mécanisme qu'on vient de voir explique l'affaiblissement des souvenirs anciens dans la dysmnésie. Quant à la perte des souvenirs récents, elle se comprend aisément par suite de la faiblesse dans l'intensité des impressions, laquelle résulte tantôt du défaut d'attention du sujet, tantôt de l'incapacité fonctionnelle ou organique des centres nerveux à percevoir, d'une façon suffisante pour être facilement réveillées, les impressions qui y arrivent.

Nous avons vu comment on pouvait se représenter schématiquement la perte de la mémoire organique, les paramnésies et la dysmnésie. Il reste à examiner l'amnésie psychique, l'amnésie rétrograde et l'amnésie antérograde. Ici, nous allons être obligé d'entrer dans le domaine de la théorie, en cherchant seulement à trouver l'hypothèse la plus simple en même temps que la plus généralement applicable. Mais auparavant il nous semble nécessaire de revenir sur les rapports de la mémoire et de la personnalité que nous n'avons fait qu'indiquer, et qu'il est indispensable d'établir.

Pour nous faire comprendre, nous allons nous servir

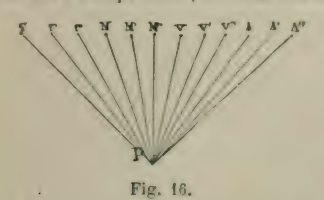


Fig. 16.

du schéma suivant emprunté à M. P. Janet [1], dans

1. *Op. cit.*

lequel T, M, V, A représentent les sensations conscientes tactiles, musculaires, visuelles, auditives, etc. (fig. 16).

En synthétisant en P toutes ces sensations conscientes diverses, elles s'agrègent, se fusionnent, se confondent dans un état unique qui est la perception consciente de notre moi *actuel*.

Si une partie de ces sensations échappe à la synthèse, le sentiment de notre personnalité n'est plus complet (fig. 17).

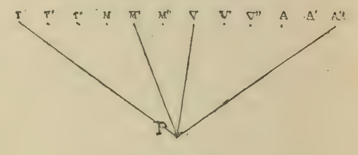


Fig. 17.

Toutes les parties de notre moi auxquelles se rapportent les sensations T'T"MM"V'V"AA' échapperont, en effet, à notre perception et la conscience de notre personnalité sera diminuée d'autant. Notre moi sera réduit à TM'VA". Tout le reste sera anesthésié et n'existera pas pour nous.

Si ce sont toujours les mêmes sensations qui échappent à la synthèse, l'anesthésie sera permanente; si, au contraire, il s'établit entre les diverses sensations d'autres synthèses partielles, l'anesthésie variera de siège et d'étendue.

Lorsque le sujet est sain, le pouvoir de synthèse est assez fort pour réunir toutes les sensations, et on a le schéma de la figure 16 qui représente la personnalité *actuelle* dans son entier. Si le sujet n'a pas un pouvoir

de synthèse suffisant, comme cela se rencontre surtout chez les hystériques, mais aussi dans d'autres cas, il n'a jamais conscience que d'une portion de son moi.

Ces considérations s'appliquent surtout à la personnalité actuelle et organique. Il est facile de les étendre à la personnalité psychique. Pour en avoir une conscience parfaite, il ne suffit plus ici de percevoir consciemment tous les phénomènes psychiques qui se passent en nous, mais il faut encore distinguer entre les impressions nouvelles et les images anciennes, c'est-à-dire rattacher notre moi actuel à notre moi passé.

Si cette continuité n'est pas établie dans notre conscience, nous nous dédoublons en un plus ou moins grand nombre de personnalités. Représentons graphiquement les choses, S, S′, S″, S‴, S⁗, représentant nos souvenirs, A représentant les phénomènes psychiques actuels, et P notre personnalité (fig. 18).

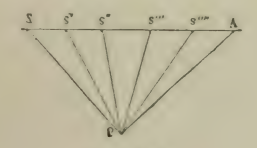


Fig. 18.

Pour que cette personnalité soit perçue complètement et consciemment, il faut que nous synthétisions en P et nos souvenirs et nos phénomènes psychiques actuels, et qu'ils nous apparaissent comme reliés entre eux par une ligne continue.

Supposons maintenant que les souvenirs S′S″ restent en dehors de la synthèse P, notre personnalité se présentera à nous avec une lacune, sans que cependant

notre personnalité soit dédoublée, SS′ étant fusionnés en P avec S′′′′A (fig. 19), c'est-à-dire notre état actuel étant relié avec nos états passés. Ceux-ci présentant une lacune dans nos souvenirs il y a *amnésie simple*. C'est ce qui arrive, par exemple, dans les pertes de connaissance par syncope, coma, apoplexie.

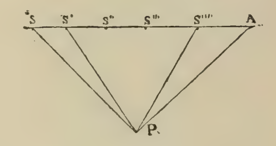


Fig. 19.

Mais les choses ne sont pas aussi simples dans l'immense majorité des cas. Supposons, en effet, que nos états passés soient représentés par les souvenirs ABCDEFGHIJKL, et notre état actuel par les impressions TVAM. Pour que notre personnalité soit complète, il faut que tous ces souvenirs et ces impressions soient synthétisés en un seul phénomène conscient P. Admettons maintenant qu'une partie de ces souvenirs FGHI, par exemple, restent en dehors de la synthèse P; il peut alors arriver deux choses : ou bien les phénomènes correspondant à cette période n'ont jamais été reliés aux phénomènes de la période antérieure ABCDE, ou bien ils ont formé avec eux une synthèse P′, ce qu'on peut représenter de la manière suivante (fig. 20).

Tel est le mécanisme de l'amnésie du rêve et du somnambulisme, qui n'est qu'un rêve en action. Les souvenirs ABCDE représentent des phénomènes de l'état de veille, FGHI ceux de l'état de sommeil, et JKLTVAM ceux du nouvel état de veille dans lequel

nous nous trouvons actuellement. Or, si dans ce dernier, nos impressions nouvelles sont reliées aux souvenirs de l'état de veille précédent pour constituer notre person-

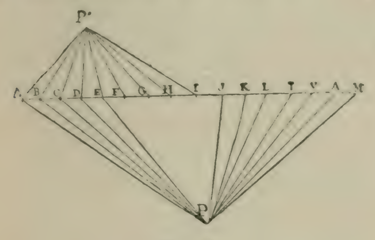


Fig. 20.

nalité P, les phénomènes psychiques de la période de sommeil FGHI sont également reliés aux souvenirs ABCDE.

Le seul fait que nos rêves ou nos actes en état de somnambulisme se rapportent à des faits accomplis par nous pendant l'état de veille prouve que, dans le sommeil, nous relions notre personnalité actuelle à notre personnalité passée. C'est, du reste, assez établi pour ne pas y insister.

C'est encore ce qui se passe dans l'automatisme comitial ambulatoire dont le mécanisme est le même.

Un autre cas peut se présenter, dans lequel non seulement les impressions d'une période de l'existence, échappant à la synthèse totale de la personnalité P, sont reliées aux images de la période antérieure, mais font encore partie d'un seconde synthèse P', formée d'une série d'autres périodes échappant également à la synthèse P'. On a alors un véritable *dédoublement de la personnalité*. En voici le schéma dans lequel AB repré-

sente l'état normal antérieur au moment où se produit pour la première fois le dédoublement. Puis à cette période en succède une seconde CD, dont les images n'entreront pas dans la synthèse P que forme la 3e période EF avec la 1re. A celle-ci en succède une nouvelle GH dont les impressions forment une synthèse avec celles de la 2e période CD qui se sont fusionnées elles-mêmes en P′ avec celles de l'état normal AB (fig. 21).

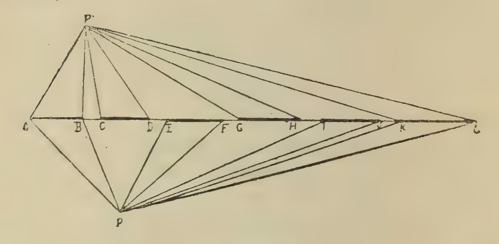


Fig. 21.

On voit par là que les phénomènes de la période CD ne paraîtront pas pathologiques au moment où ils se produiront, puisque le sujet continuera de les relier avec ses souvenirs antérieurs AB. Ce n'est que lorsqu'apparaîtra la période EF que l'on constatera l'amnésie de la période CD : c'est là un fait commun à presque toutes les amnésies. Ce n'est, en effet, que lorsque l'individu est revenu à son état normal ou est passé dans un nouvel état de personnalité qu'on peut s'apercevoir de l'amnésie qu'il présente. A partir de ce moment, il sera alors facile de constater à chaque nouvelle période l'amnésie de la période précédente. Mais en même temps le souvenir de l'avant-dernière période réapparaîtra, et

ses phénomènes sembleront se relier directement avec ceux de la période actuelle. Il y aura deux personnalités alternantes. Le moi sera dédoublé, mais il conservera toujours une partie commune représentée par la période AB. Celle-ci occupera une place relative de moins en moins considérable dans les synthèses P et P′; ce seront surtout les souvenirs organiques qui subsisteront, et alors le dédoublement paraîtra de plus en plus net au fur et à mesure que les périodes se succéderont. Ce dédoublement de la personnalité s'observe dans l'hystérie, et a été bien étudié par M. Azam pour la première fois [1].

Dans le somnambulisme hystérique et hypnotique, le dédoublement de la personnalité, l'amnésie par conséquent, ne se distribue pas de la même manière dans les différents cas que précédemment.

Dans le somnambulisme hypnotique, les choses se passent pour la première fois comme pour le rêve naturel (fig. 20), c'est-à-dire que la personnalité pendant l'hypnose est constituée par la synthèse de tous les souvenirs de la période antérieure à la période hypnotique, et des phénomènes de cette période. C'est dans cette période de veille consécutive à l'hypnose qu'apparaît l'amnésie. Mais lorsque le somnambulisme hypnotique se renouvelle, comment la synthèse personnelle se fait-elle ? On peut représenter les choses de la façon suivante (fig. 22) :

AB représente la période normale antérieure au premier somnambulisme, P la personnalité normale à l'état de veille, P′ celle de l'état d'hypnotisme. On constate

1. Azam. *Amnésie périodique ou dédoublement de la vie.* (*Ann. méd. psychol*, 1876; — *Revue scientifique*, 1876.)

ainsi que la personnalité hypnotique est plus complète que la personnalité normale, et que, par conséquent,

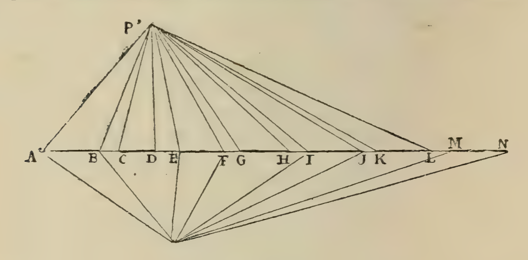


Fig. 22.

l'amnésie n'existe et n'est alternante que pour cette dernière.

Lorsque le somnambulisme spontané est pathologique, hystérique vraisemblablement toujours, on peut l'assimiler à la troisième phase de l'attaque hystérique classique. Or, son caractère est d'être identique à lui-même, sauf certaines modifications dépendant du milieu où se trouve le sujet, dans les différents accès. La distribution de l'amnésie se fait encore-là d'une façon différente. Soit AB la période dont l'image est évoquée dans l'attaque somnambulique, période dans laquelle la synthèse personnelle comprenait tous les souvenirs de l'existence antérieure XA, XY représentant la ligne de la vie. Cette période est suivie d'une autre période également normale CD. Puis arrive l'attaque somnambulique représentée par A'B' qui se confond avec la synthèse P' de AB. Puis, nouvelle période normale EF, qui se synthétise avec AB, CD. Il survient alors une seconde attaque A″B″, puis une troisième

A‴ B‴ qui se confondent non plus avec A′B′, A″B″, mais seulement avec AB dont elles ne sont que le réveil (fig. 23).

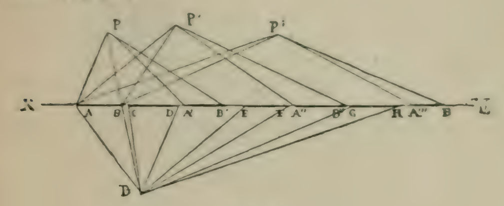


Fig. 23.

Il n'y a pas en réalité, dans ces cas, dédoublement de la personnalité. Car, si dans les périodes normales EF, GH, etc., il y a amnésie des périodes intercalaires A′B′, A″B″, A‴B‴, les images des phénomènes de ces périodes ne sont pas perdues pour la synthèse totale de la personnalité, puisqu'elles ne sont autres que celles de la période AB qui appartient à cette synthèse. Il y aurait donc plutôt doublement que dédoublement. Aucune image ne manque à la synthèse personnelle P ; ce qui lui manque seulement, c'est le souvenir de la répétition de certaines images.

Nous avons vu en quoi consistait l'amnésie périodique qui constitue le phénomène connu sous le nom de dédoublement de la personnalité. Ces cas typiques sont rares. Plus rares encore sont ceux où il y a plusieurs personnalités. Le mécanisme est toujours le même et le schéma peut être construit de la façon suivante (fig. 24) s'appliquant à un cas où il y a trois personnalités.

A la période d'état normal AB succède une période d'état second CD qui se synthétise avec elle en P′,

mais non avec la suivante EF. Celle-ci au contraire se relie en P avec la période AB, et dans laquelle il y a amnésie de CD. La période EF elle-même peut être

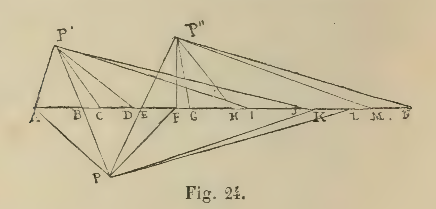


Fig. 24.

suivie d'une autre GH qui forme avec elle une synthèse P″ indépendante de P et de P′, ce que l'on constate à l'apparition de la nouvelle période IJ dans laquelle on constate l'amnésie des phases EF et GH et la réapparition des souvenirs de AB et CD. A celle-ci, qui représente la personnalité seconde, peut succéder une période KL dans laquelle réapparaît la première personnalité, suivie elle-même d'une autre MN où se montre la troisième personnalité.

Mais le cas où les images appartenant aux deux personnalités d'un moi dédoublé se montrent non plus groupées sur une période assez étendue, mais enchevêtrées les unes dans les autres, est de beaucoup le plus fréquent (fig. 25).

Dans cette figure, SB, SC représentent les souvenirs des phénomènes passés, A et A′ deux états actuels consécutifs. On voit ici que les deux personnalités P et P′ s'imbriquent d'une façon absolument inextricable. Aussi ces dédoublements passent-ils facilement inaperçus, quoique en réalité très communs, chez les hystériques surtout. Il est évident qu'on se trouvera souvent dans

l'impossibilité de distinguer P de P'. L'étendue de l'existence embrassée par les deux personnalités étant la même, on ne pourra guère soupçonner que les

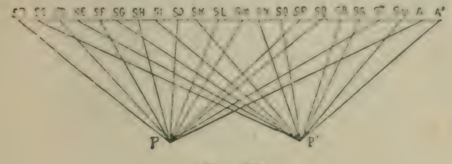


Fig. 25.

souvenirs compris dans cette période soient associés dans deux synthèses absolument différentes. On s'explique ainsi cependant les oublis que font les hystériques de faits souvent très proches de certains autres dont elles ont le souvenir, ce qui les fait accuser de mensonges. Nous verrons aussi plus tard combien sont fréquents chez elles les états seconds atténués, sur lesquels on n'a guère attiré l'attention jusqu'ici.

Quand on compare ces phénomènes d'amnésie à l'anesthésie systématisée, on voit qu'ils sont en tous points semblables. On peut donc appeler, par analogie, ces amnésies des *amnésies systématisées*. Ce terme éveille immédiatement l'idée d'associations fonctionnelles ou dynamiques entre les centres nerveux qui contiennent les images sur lesquelles porte l'amnésie. Nous nous trouvons ainsi amené, en étudiant le mécanisme psychologique, à une division toute naturelle des amnésies générales en *systématisées* et *non sytématisées*. On voit de plus que les premières sont les amnésies fonctionnelles, et les secondes les amnésies organiques.

Il nous reste, en effet, à dire quelques mots du

mécanisme de ces dernières, qu'elles se produisent brusquement ou progressivement (dysmnésies), car nous n'avons examiné jusqu'ici que le mécanisme de l'amnésie fonctionnelle. Les centres dans lesquels sont fixées les images des impressions produites, soit par les phénomènes extérieurs à nous, soit par les phénomènes qui se passent en nous, étant détruits par un processus quelconque (nécrobiose, dilacération ou modification de tissu), toutes les images qui y sont contenues sont par là même détruites irrémédiablement. Le mécanisme est donc des plus simples. D'autre part, ces centres d'impressions étant disséminés dans toute l'écorce cérébrale, il en résulte que l'on a le plus souvent affaire à une amnésie partielle, si la lésion est localisée, et à une dysmnésie inégale pour les diverses mémoires, si elle est diffuse, généralisée et intéresse d'une façon plus ou moins intense les différents points du cerveau.

Il en résulte tout naturellement que les associations dynamiques que forment entre eux les différents centres de mémoire sont rompues d'une façon absolument irrégulière, qu'aucune règle ne préside à cette rupture, et que l'amnésie qui en résulte n'est jamais systématisée. Quand je dis jamais, c'est une exagération, car il y a une sorte de systématisation dans la dysmnésie, systématisation qui nous éclaire même sur la manière dont sont emmagasinées les images dans les couches corticales du cerveau. En effet, on constate que les souvenirs les plus récents disparaissent les premiers. Comme, d'autre part, les lésions procèdent ordinairement de la surface vers la profondeur, il semble tout naturel d'admettre que les souvenirs les plus anciens siègent dans les couches les plus profondes de l'écorce, qu'il y a, comme on l'a justement dit, une véritable *stratifi-*

cation des souvenirs. C'est ainsi qu'on a pu établir la loi de régression de la mémoire, qui va du récent à l'ancien et du complexe au simple. Sous ce rapport, les dysmnésies sont donc systématisées, et nous retrouvons encore dans cette catégorie d'amnésies cette dualité de caractère qui les place à tous les points de vue entre les amnésies vraies et les amnésies fonctionnelles.

La perte du langage, qui paraît cependant former un système bien défini en apparence, n'est pas plus que les autres amnésies partielles une amnésie systématisée. La conservation de certains mots plutôt que d'autres ne dépend pas, en effet, de la rupture d'associations fonctionnelles établies entre les différents mots, mais de l'étendue et de la profondeur des lésions, caractères qui sont éminemment variables et sujets à toutes les combinaisons possibles.

On voit enfin que, tandis que dans les amnésies systématisées l'appréciation de la diminution de la mémoire se fait d'après l'*étendue de temps* sur laquelle elle porte, dans les amnésies non systématisées cette appréciation se fait d'après *l'espèce et le nombre* des mémoires atteintes.

CHAPITRE III

MÉCANISME DES AMNÉSIES

SOMMAIRE : Amnésie simple. — Amnésie rétrograde. — Associations des souvenirs. — Valeur relative des images dans la constitution du souvenir. — Valeur relative des souvenirs dans la constitution des groupes de souvenirs associés. — Subconscient et inconscient. — Amnésie rétrograde transitoire. — Influence de l'idée de temps. — Influence de l'émotion. — Choc moral. — Épuisement et amnésie. — Choc nerveux. — Amnésie et hystérie. — Amnésie antérograde. — Étonnement cérébral. — Amnésie antérograde prolongée. — État dynamique des centres nerveux. — Amnésies vraies et apparentes. — Conclusion paradoxale. — Aphasie et amnésie. — Amnésie au point de vue clinique.

Nous avons examiné, dans le chapitre précédent, le mécanisme psychologique par lequel se produit l'amnésie d'une façon générale. Il s'agit maintenant d'étudier le mécanisme des diverses variétés d'amnésies que nous avons déjà distinguées dans le chapitre premier. Ici ce n'est plus seulement sur le terrain psychologique qu'il faut se placer : c'est celui de la physiologie qu'il faut aborder aussi, pour essayer d'établir la pathogénie de ces phénomènes. On ne doit pas se dissimuler combien nos connaissances sont bornées ; nous en sommes encore à cet égard à la période d'information, et pour nous, ce que nous avancerons ne sera proposé qu'à titre d'hypothèses plus ou moins plausibles, rationnelles, vraisemblables, mais qui ne sont que des hypothèses demandant vérification et discussion.

Allant du plus simple au plus complexe nous commencerons par l'*amnésie simple*. Elle s'explique très facilement. La série de mes impressions passées étant constituée par la ligne ABCDEF (fig. 26) pour une certaine période, je suppose qu'au moment où le phénomène qui devrait donner l'impression D se produit, je perde conscience par le fait d'un vertige épileptique ou d'une syncope par exemple. L'impression D ne se fera pas ou se fera d'une manière extrêmement faible dans mon cerveau. Quand je pourrai de nouveau avoir conscience des phénomènes qui se passent en moi et autour de moi, je fixerai alors les images EF, et lorsque je chercherai à me rappeler la série AF de mes souvenirs il me sera impossible de reconstituer D. J'aurai de l'amnésie simple.

Si aucune idée de temps n'est liée aux souvenirs C et E, je ne m'apercevrai pas de cette amnésie, ce qui arrive quand elle porte sur un temps très court ou qu'aucun changement n'est survenu ni en moi ni autour de moi. Je pourrai, par contre, m'en apercevoir, si je ne trouve aucun lien logique m'expliquant la succession du phénomène E au phénomène C. C'est ce qui se produit quand la perte de conscience a duré longtemps, et que

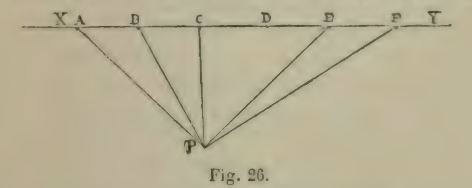


Fig. 26.

des changements notables se sont produits dans ma situation par rapport au monde extérieur.

Si l'image du phénomène D a disparu, ou s'il n'a pas produit d'impression, il y a amnésie. Il y a une simple solution de continuité dans la conscience, qui provient de ce que le phénomène D n'offre absolument aucun rapport avec les phénomènes antérieur et postérieur. Il se fait une brusque rupture dans la personnalité par suite d'une obnubilation de la conscience. Si, au contraire, l'image D peut s'éveiller seule, ou pour mieux dire, faire partie d'une autre synthèse P', il y a dédoublement de la personnalité (fig. 27).

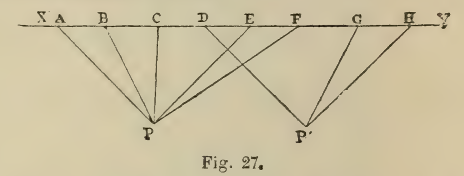


Fig. 27.

S'il peut y avoir amnésie sans dédoublement de la personnalité, il ne peut pas y avoir de dédoublement de la personnalité sans amnésie. Mais, à la vérité, l'amnésie dans les deux cas n'est pas comparable. Dans l'amnésie simple, en effet, l'amnésie de D est absolue; D est perdu, à jamais inconscient ou, s'il devient conscient sous une influence quelconque, ce n'est pas pour faire partie d'un seconde synthèse P' mais rentrer dans la synthèse P. L'amnésie dans le second cas (dédoublement de la personnalité) n'est que relative. Les images du phénomène D ne sont pas perdues; elles sont seulement inconscientes, parce qu'elles échappent à la synthèse P; et, de plus, quand elles redeviennent conscientes, au lieu de participer à cette synthèse, elles font partie d'une autre synthèse P'. De sorte que si P est amnésique de P', P' est amnésique de P.

Presque toujours, pour ne pas dire toujours, le sujet qui a perdu le souvenir de D s'aperçoit de son amnésie, par le fait du défaut de corrélation entre C et E. Sa personnalité est entamée, mais sur une très petite étendue. Le sujet, au contraire, dont le souvenir D peut se synthétiser avec d'autres souvenirs et rester toujours en dehors de P, ne s'aperçoit pas du défaut de suite qui existe entre C et E. Son amnésie est liée, en outre, à celle d'autres images, de sorte qu'elle est toujours beaucoup plus étendue. Sa personnalité est donc beaucoup plus fortement atteinte, et l'amnésie implique surtout des troubles beaucoup plus profonds dans le fonctionnement psychique.

Que D représente une série de souvenirs ou un seul souvenir, le problème est toujours le même, et l'explication de l'amnésie ainsi que ses rapports avec les troubles de la personnalité ne sont pas changés.

Il est beaucoup plus difficile de se rendre compte de l'amnésie rétrograde, non pas de ce qu'elle est, mais de son mécanisme sur lequel les auteurs observent un silence prudent. Aussi ne présenterai-je absolument que des hypothèses d'explication, et essayerai-je surtout d'indiquer les points à rechercher pour arriver à la solution du problème. Cette amnésie rétrograde, on le sait, se produit le plus fréquemment à la suite de traumatismes, crâniens ou autres. On observe que non seulement le souvenir de l'accident est perdu, mais même le souvenir d'une période antérieure plus ou moins longue ABC... OPQR représentant la série des phénomènes qui font impression sur le moi ; et M étant l'accident, on constate d'abord que le souvenir de M est perdu, mais que, de plus, l'amnésie porte sur GFED

(fig. 28) et que le souvenir est conservé pour les phénomènes OPQR, etc., qui ont suivi M au moment actuel A. (Fig. 28.)

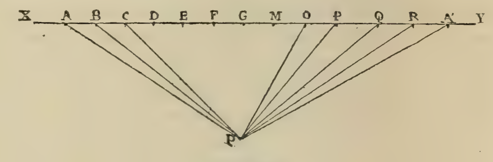


Fig. 28

Comment se fait-il que les images DEFG qui avaient été conscientes aient disparu en même temps que M? Pour arriver à le comprendre, il faut chercher à établir quelle est la relation qui a pu exister entre les images du groupe DEFGM. Nos souvenirs, en effet, s'évoquent rarement à l'état isolé, mais par groupes plus ou moins nombreux; et, de même qu'il existe des associations entre les souvenirs ayant une de leurs composantes (images élémentaires) identique, de même il existe des

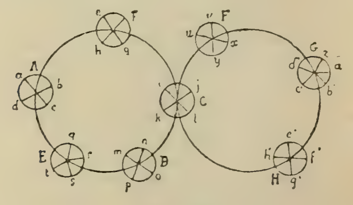


Fig. 29.

associations entre des groupes de souvenirs ayant un de leurs éléments (souvenirs) sinon identique, du moins très analogue. Il y a des groupes *tangents* (fig. 29),

comme nous avons dit qu'il existe des souvenirs tangents (fig. 8).

Ces groupes forment des associations aussi stables que les images élémentaires d'un souvenir, et les souvenirs qui les constituent peuvent se représenter comme les images elles-mêmes, sous forme d'une courbe fermée ou d'un cercle (fig. 30). Tous ces souvenirs sont synthétisés de la même façon que les images du souvenir (fig. 7) et se réveillent de la même façon, c'est-à-dire dans un sens variable, en obéissant, d'ailleurs, aux lois de l'association des idées, bien établies aujourd'hui.

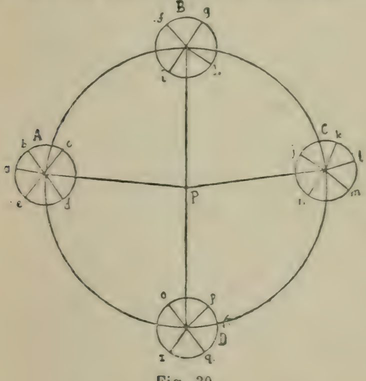


Fig. 30.

Mais un point que nous avons à dessein laissé de côté plus haut, doit être mis en évidence ici, c'est le suivant : Lorsqu'un souvenir s'éveille sous l'influence du réveil d'une de ces images composantes, il en est toujours une qui domine toutes les autres par son intensité, et qui s'éveille, par conséquent, la première.

Prenons l'exemple très simple que nous citions plus haut : le souvenir de la lettre A. Il est composé d'une image motrice M, d'une visuelle V, d'une image auditive A et d'une image graphique G, qui, synthétisées en P, constituent le souvenir complet de cette lettre. Si j'appartiens au type visuel, l'image V (fig. 31) sera la plus forte, la plus nette, la mieux fixée, la plus rapidement éveillée. Que ce soit l'image motrice, ou l'image auditive, ou l'image graphique qui soit mise la première en activité par une excitation quelconque, c'est toujours l'image visuelle qui s'éveillera avant les autres. Si cette image V vient à être détruite, le souvenir de la lettre A sera évidemment beaucoup plus affaibli que si c'était l'image A qui avait disparu. On peut même concevoir que si l'image V avait une prédominance excessive, les autres soient insuffisantes à me donner un souvenir net quoique incomplet de la lettre A.

On peut représenter graphiquement le rapport qui existe entre les différentes images de la manière suivante (fig. 31) sans rien changer à notre schéma antérieur (fig. 7). Il est évident, à première vue, que, si la synthèse P ne contient plus V, elle sera beaucoup plus faible que si elle ne contient plus A ou G ou M.

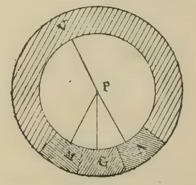


Fig. 31.

Eh bien, si nous remplaçons les différentes images d'un souvenir par les souvenirs d'un groupe, nous avons une figure en tous points semblable. Reprenons le groupe DEFGM (fig. 28) qui nous représente l'amnésie rétrograde accompagnant l'oubli du phénomène M.

Supposons que les choses se soient passées normalement. Les impressions qui ont déterminé les images DEFGM forment un groupe très stable, dont l'image dominante est M, puisque M est la résultante ou tout au moins l'aboutissant des impressions DEFG qui ont avec elle non seulement un rapport de contiguité dans le temps, mais encore un enchaînement dans l'espace, comme représentant des phénomènes dérivant les uns des autres et dont le plus considérable a été M. Dès lors la synthèse que nous ferons de ce groupe DEFGM sera représentée de la manière suivante (fig. 32), dans laquelle M tient la plus grande place.

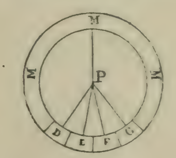


Fig. 32.

Si M, pour une cause quelconque, restait en dehors de la synthèse P, celle-ci serait singulièrement plus réduite que si c'était D, E, F ou G qui disparaissait. Il arriverait, pour le souvenir complet du groupe, ce qui est arrivé pour le souvenir complet de la lettre A quand V a disparu. C'est ce qui se passe dans le cas d'un traumatisme qui annihile la conscience en même temps

qu'il se produit. Dès lors, M n'étant pas perçu consciemment ne peut participer à la synthèse consciente P.

Les souvenirs DEFG seront insuffisants pour constituer une synthèse consciente du groupe, par suite de leur importance trop secondaire relativement à M, auquel ils sont liés par une forte association. Le groupe étant constitué par des éléments conscients très restreints et des éléments inconscients considérables, la synthèse P, sans être absolument inconsciente, ne sera que faiblement consciente, ou pour mieux dire *subconsciente*. Or, pour nous, en réalité le subconscient se confond pratiquement avec l'inconscient, et nous ne pouvons rendre compte que de nos phénomènes psychiques conscients. Le sujet chez lequel s'opérera cette synthèse subconsciente P′ (fig. 33) ne pourra donc en rendre compte, et agira comme si tout le groupe DEFGM était inconscient, c'est-à-dire s'il n'avait pas seulement perdu le souvenir de M, mais de DEFG; en un mot, il paraîtra présenter non seulement de l'amnésie simple, mais encore de l'amnésie rétrograde.

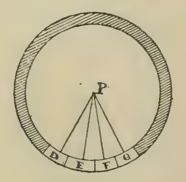


Fig. 33.

Cette théorie permet, en outre, de comprendre non seulement l'amnésie rétrograde permanente, mais l'*amnésie rétrograde transitoire*. Certains sujets, en effet, après avoir présenté de l'amnésie rétrograde,

recouvrent le souvenir de tous les événements antérieurs à l'accident. L'impression produite par le phénomène M tend à s'atténuer avec le temps ; il peut donc arriver un moment où M occupera dans le groupe DEFGM une place relativement moins grande, c'est-à-dire que l'élément conscient y gagnera tout ce qu'y perdra l'élément inconscient. Le premier pourra même l'emporter sur le second, et alors la synthèse P′ deviendra consciente (fig. 33 et 34). Dès lors l'amnésie disparaîtra DEFGM, et ne persistera plus que pour M.

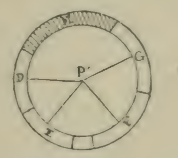


Fig. 34

Mais si on peut appliquer cette théorie à certains cas, il s'en faut de beaucoup qu'elle soit bonne pour tous, et force nous est d'admettre plusieurs catégories de faits auxquelles correspondent des mécanismes différents.

Lorsque l'événement qui a provoqué l'amnésie simple et rétrograde est l'aboutissant, la résultante des événements immédiatement antérieurs et constitue avec eux un enchaînement, de courte durée d'ailleurs, dont il est l'*ultimum punctum*, les choses s'expliquent facilement avec notre hypothèse.

Mais un autre cas peut se présenter. L'accident causal n'a aucun lien avec les éléments antérieurs à lui ou concomitants ; et cependant il se produit une amnésie rétro-

grade seulement encore, sur une période plus ou moins longue de temps. Ici il y a lieu de faire une distinction, selon que le sujet a prévu ou non l'accident.

S'il l'a prévu on peut faire intervenir l'idée de temps et l'émotion. On sait que l'idée que nous nous faisons de la durée n'est pas absolue mais relative, et que nous n'apprécions le temps que par comparaison. Plus il se passe de phénomènes dans un temps donné, plus la durée nous en paraît courte sur le moment, plus elle nous paraît longue rétrospectivement par le souvenir. Moins le temps comporte d'expériences, plus il paraît long pendant qu'il se déroule et plus il paraît court par le souvenir qui nous en reste. Si nous appliquons ces données élémentaires, — en laissant de côté toutes les autres conditions qui influent encore sur l'appréciation actuelle et rétrospective de la durée, — nous observons ceci : Lorsque je vois un accident qui va m'arriver, je voudrais le reculer le plus possible et il me semble sur le moment qu'il survient avec une rapidité effroyable. Mais, en réalité, pendant ce très court espace de temps, une foule d'idées ont surgi et sont associées dans mon esprit. Et c'est ainsi, par exemple, que les individus qui ont failli se noyer vous racontent qu'en un instant toute leur existence s'est déroulée dans leur souvenir. Ils vous disent ensuite : « Cela a dû ne durer qu'une minute et cela m'a paru un siècle. » Si nous supposons, comme c'est fréquemment le cas dans l'amnésie traumatique, que l'accident lui-même ait déterminé un état inconscient, tous les phénomènes qui lui sont immédiatement associés disparaissant également par le mécanisme que nous avons énoncé plus haut, l'appréciation de la durée se fera inconsciemment d'après la somme considérable d'idées qui auront accompagné ces divers phé-

nomènes. Il en résultera que l'amnésie s'étendra, non plus seulement aux souvenirs des phénomènes liés immédiatement à l'événement final, mais à tous les phénomènes qui se sont passés pendant une durée égale à celle qu'ils nous ont *paru* occuper.

Or, plus l'émotion est forte, plus les souvenirs se présentent en grand nombre, et plus, par conséquent, l'appréciation rétrospective du temps où cette émotion s'est produite sera longue. Il paraît donc vraisemblable d'admettre que l'amnésie rétrograde offre, comme étendue, un certain rapport avec l'émotion qui a accompagné l'accident. C'est un point qu'on ne peut malheureusement établir pour le moment, à cause de l'insuffisance absolue des observations à cet égard. Il sera donc utile de faire des recherches ultérieurement dans ce sens.

Lorsqu'au lieu d'un choc physique, c'est un choc moral qui s'est produit, et qui a déterminé une violente émotion, les choses peuvent encore s'expliquer de la même façon. Toutefois c'est beaucoup plus difficile à établir, car, tout se passant dans le domaine mental et l'amnésie existant, il nous est impossible d'avoir le moindre contrôle précis pour savoir à quel moment exact l'inconscience est survenue et avec elle l'amnésie. Ce cas, du reste, s'accompagne ordinairement d'amnésie antérograde, et nous allons voir tout à l'heure quelle hypothèse on peut faire à ce sujet.

Dans le second cas, où l'accident a été imprévu, l'explication de l'amnésie rétrogade est plus difficile et il n'y en a même aucune qui satisfasse l'esprit. On ne peut ici que procéder par analogie et déduction empirique. Dans ce cas il faudrait, du reste, avoir des observations plus précises. L'amnésie rétrograde dans tous les cas

peut trouver une explication dans l'état d'épuisement que détermine le traumatisme soit physique soit moral.

Dans le cas où c'est le shock nerveux qui est en cause, on peut comparer l'amnésie aux autres phénomènes qui peuvent se produire également, et tirer un enseignement de leur analogie, en laissant de côté toute hypothèse sur ce qu'est en réalité le shock lui-même. On sait que sous l'influence de violents traumatismes il se développe souvent ce qu'on a appelé la névrose traumatique, que M. le professeur Charcot a démontré n'être en réalité que de l'hystérie, souvent combinée alors à la neurasthénie. Les émotions très intenses accompagnées de troubles nerveux, — syncopes, tremblement, délire, etc., — développent la même névrose. Or on sait que dans l'hystérie les phénomènes amnésiques sont des plus fréquents, qu'ils s'expliquent, ainsi que l'a bien montré M. P. Janet, par un défaut de synthèse absolument identique à celui que nous avons décrit pour expliquer les diverses variétés d'amnésies. Comme, d'autre part, les rares observations où l'amnésie antérograde soit signalée et étudiée montrent qu'il y avait des troubles nerveux, — crises, anesthésies, hyperesthésies, etc., — qui se rencontrent également dans l'hystérie, nous voyons que l'amnésie dans ce cas paraît devoir être rattachée à l'hystérie. C'est le traumatisme, c'est l'émotion qui ont inhibé les éléments nerveux et les ont rendus incapables de reproduire les anciens souvenirs (amnésie rétrograde) et de conserver les impressions nouvelles à l'état conscient (amnésie antérograde). C'est le pouvoir de synthèse dont dépend l'amnésie qui est diminué, sinon aboli. Plus le shock aura été violent, plus l'inhibition sera forte et plus l'amnésie sera étendue dans les deux sens.

M. Féré a montré [1] qu'à la suite de violentes excitations il se produit un épuisement nerveux qui peut avoir des effets rétroactifs. Cet épuisement est manifeste dans les décharges épileptiques. Or après elles on peut constater aussi de l'amnésie rétrograde qui en est certainement la conséquence, car on a même remarqué que son étendue paraît en rapport avec l'intensité de la décharge.

On peut admettre que le shock agit de la même façon. Sous son influence il y a d'abord excitation considérable de toutes les activités fonctionnelles, avec dépression au moment où elles cessent; et, sous l'influence de ces variations rapides, il se produit un véritable hiatus dans la continuité de l'identité biologique, auquel correspond un hiatus dans la continuité de la conscience (Féré) [2].

Les souvenirs les plus récents étant les moins fixés et disparaissant toujours les premiers, plus l'épuisement nerveux sera profond, plus les centres où se sont faites les impressions nouvelles seront atteints. L'étendue de l'amnésie rétrograde paraît donc corrélative de l'intensité de l'épuisement. Nous allons voir tout à l'heure qu'il en est de même pour l'amnésie antérograde.

La force de résistance des éléments nerveux entre également en jeu pour accentuer ou atténuer les effets du shock, car il est évident que plus ils s'épuiseront facilement et plus l'amnésie se produira. Aussi est-ce surtout chez des individus à système nerveux facile-

---

1. Ch. Féré, *Effets rétroactifs des excitations sensorielles* (C. R. de la Soc. de Biologie, 1887, p. 447).
2. Ch. Féré, *Les Épilepsies et les Épileptiques*, p. 140.

ment excitable et s'épuisant vite qu'on la rencontre. Nous nous trouvons ramenés par la clinique aux mêmes conclusions que par la psychologie et la physiologie.

Il nous reste maintenant à examiner une dernière variété d'amnésie, l'*amnésie antérograde*. J'ai dit, dans le premier chapitre, qu'on devait en distinguer deux espèces tout à fait différentes : l'amnésie *antérograde de reproduction* et l'amnésie *antérograde de conservation*.

Voici en quoi consiste la première. Pour bien comprendre les choses, reprenons le schéma de l'amnésie rétrograde (fig. 28), où notre existence continue est représentée par la ligne XY, les impressions déterminées par les divers phénomènes successifs de cette existence par ABCD et par MOPQR, et notre état actuel par A'. Parmi ces phénomènes, il en est un, le phénomène M, qui est un traumatisme, physique ou moral : peu importe. Nous avons vu que l'on constatait pendant la période consciente, consécutive à cet événement, une amnésie portant non seulement sur lui, mais sur un certain nombre des phénomènes antérieurs à lui ; qu'il y avait en somme amnésie rétrograde.

Eh bien, ce qu'on observe pour les phénomènes

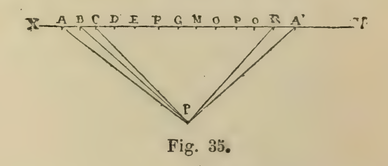


Fig. 35.

antérieurs à M, on peut l'observer également pour un certain nombre de ceux qui lui sont postérieurs, soit par exemple OPQ. La synthèse P, qui représente le

sentiment de notre personnalité, sera donc composée comme l'indique le schéma suivant (fig. 35).

Cette amnésie antérograde de reproduction est en tous points comparable à l'amnésie rétrograde et l'on pourrait, à son sujet, répéter tout ce que nous avons dit de cette dernière, au point de vue de son mécanisme. En effet, les phénomènes consécutifs peuvent être compris dans le champ de l'amnésie, par suite de leur association intime avec le phénomène M. Mais je ne crois pas que ce soit là le cas le plus fréquent. En vertu de ce que nous avons dit de l'épuisement nerveux consécutif à une excitation physique ou morale intense, il est plus naturel d'admettre l'explication suivante. On sait, et tout le monde peut en faire la remarque sur soi-même, que lorsqu'on vient de recevoir un choc violent, surtout sur la tête, ou encore d'être en proie à une émotion considérable et subite, on reste comme étourdi et dans cet état que Trousseau a si heureusement appelé *étonnement cérébral*. Tant qu'on se trouve dans cet état, on n'a qu'une conscience très relative de ce qui se passe autour de soi. Il semble que les excitations ne font plus d'impression sur les centres nerveux, car elles ne déterminent aucune réaction. On est incapable de dire exactement ce qui vient de se passer et ce qui se passe actuellement ; on n'en continue pas moins à se livrer à tous les actes que commandent les circonstances, mais d'une façon automatique, sans s'en rendre un compte exact. Puis l'on « revient à soi », comme l'on dit, et on essaie alors de reconstituer les événements qui viennent de s'accomplir. Si la commotion n'a pas été trop violente, elle n'est suivie que d'un état de demi-inconscience, de subconscience, et le souvenir peut se rétablir. Mais, si elle a été très forte, il en résulte un état

d'épuisement nerveux qui rend impossible la fixation des impressions nouvelles, en même temps qu'il empêche les centres où se sont imprimées les dernières images d'entrer dans un état d'activité suffisante pour les réveiller à l'état conscient.

Le plus souvent cet état d'inconscience ou de subconscience consécutif au choc M dure peu, et le sujet reprend le cours de sa vie consciente RA′. C'est alors seulement qu'il constate l'amnésie de la période DEFGMOPQ. L'amnésie portant sur OPQ est une amnésie antérograde par rapport à M, comme DEFG est rétrograde par rapport au même événement.

Les observations montrent que l'amnésie rétrograde se manifeste dès après l'événement M, tandis que l'amnésie antérograde n'apparaît qu'à partir de la nouvelle période consciente RA′.

Il est difficile, vu la courte durée de la période OPQ en général, de savoir si pendant cette période le sujet perd au fur et à mesure le souvenir des actes qu'il accomplit. En raison de l'origine volontaire apparente de ces actes, on ne constate l'automatisme qu'une fois que le sujet est redevenu conscient; on ne songe pas à l'interroger à cet égard. La chose mérite cependant d'être élucidée. Si, en effet, il synthétise ensemble les phénomènes de cette période OPQ subconsciente ou inconsciente, l'amnésie de cette période, quand la conscience réapparaît avec la phase RA′, mérite bien le nom d'amnésie antérograde de reproduction. Si, au contraire, cette synthèse ne se fait pas, si les impressions des phénomènes OPQ se succèdent sans se relier entre elles dans une synthèse commune, l'amnésie antérograde n'est qu'une amnésie de conservation. Avant de nous prononcer, voyons d'abord ce qui se passe

lorsque la période subconsciente consécutive au phénomène M se prolonge sur une très longue période.

Voici, en effet, ce qu'on observe dans ces cas où l'amnésie antérograde joue le rôle prédominant et imprime aux manifestations morbides un cachet tout spécial.

Chez certains amnésiques de cette catégorie la durée de l'impression est quelquefois d'un fugacité extraordinaire, et l'oubli survient au bout d'une minute. Le sujet est, par suite, incapable de relier les événements les uns aux autres, tout en paraissant en avoir une conscience, analogue à celle du somnambule, au moment où ils se passent. Sa vie n'est plus qu'une succession de moments, d'impressions isolées. S'il est capable de synthétiser tous les éléments de chaque impression pour avoir conscience à chaque moment de sa personnalité actuelle, il est incapable de synthétiser à leur tour les images de ces impressions successives pour avoir la notion de sa personnalité passée. Toute sa vie se résume dans le moment actuel. Cependant, par certains procédés, comme l'hypnotisme, par exemple, on arrive à réveiller ces images et à en obtenir la synthèse. Cela démontre qu'en réalité ce qui amène l'amnésie dans l'état normal, c'est tout simplement la faiblesse des images qui, par suite de cette faiblesse, ne peuvent se synthétiser ensemble, restent, par conséquent, dans le domaine de l'inconscient ou du subconscient et semblent ainsi n'avoir pas laissé de traces.

L'explication psychologique est donc, en réalité, beaucoup plus simple que celle des autres variétés d'amnésie.

Le problème se résume à savoir d'où dépend cette faiblesse des images. Pas évidemment de l'excitation

qui est toujours la même. Elle tient donc au sujet lui-même. Or il nous semble qu'elle résulte de deux facteurs : 1° l'état physiologique, dynamique des cellules nerveuses et 2° l'état de l'attention.

En quoi consiste cet état dynamique des cellules? C'est ce qu'on ne saurait préciser et il faut se borner à en constater les conséquences. Si on peut admettre l'épuisement comme cause de l'amnésie antérograde lorsqu'elle est assez courte, cette pathogénie paraît peu vraisemblable pour les cas où elle se prolonge pendant des mois. Les troubles profonds qu'entraîne le shock nerveux paraissent liés à autre chose. Il y a plus que de l'épuisement. Il y a une perturbation complète dans le fonctionnement des éléments nerveux. L'épuisement est, d'ordinaire, en rapport avec l'excitation; et ici cela ne paraît pas être le cas. Toujours est-il que les éléments nerveux sont hors d'état de conserver les images qui viennent s'y imprimer et de les synthétiser en un phénomène conscient.

La faiblesse de l'attention est corrélative de ce même état dynamique, et, comme les deux phénomènes de l'impression et de l'attention sont de sens opposé (centripète et centrifuge), il en résulte que l'on doit admettre une sorte d'inhibition de la cellule au point de vue actif comme au point de vue passif ou réceptif. Son fonctionnement est altéré dans son ensemble. Il en résulte que non seulement les impressions ne laissent plus d'images vives et persistantes, mais que ces impressions ne sont pas renforcées par l'attention, comme cela se passe ordinairement, et que les images en sont d'autant plus faibles. Faiblement conscientes au moment de l'impression, elles s'affaiblissent rapidement et passent dans l'inconscient. Ce n'est que sous

des influences spéciales qu'elles peuvent de nouveau se raviver et repasser momentanément dans le champ de la conscience.

Nous voyons, en résumé, que, dans ce que j'ai appelé l'amnésie antérograde de reproduction, on pouvait admettre que pour un certain nombre de cas au moins les images sur lesquelles portait l'amnésie pouvaient être synthétisées ensemble, quoique en dehors toutefois de la synthèse de notre personnalité consciente. Dans l'amnésie antérograde de conservation, au contraire, les images ne se synthétisent pas, par suite de l'état dynamique des cellules cérébrales, au moins quand on laisse le sujet livré à lui-même. Quand on renforce, en effet, ces images, — par l'hypnotisme, par exemple, — on peut déterminer leur synthèse. On se substitue dans ce cas à l'attention dont le sujet est incapable, et qui permettrait de relier entre elles les impressions successives de son existence.

Peut-être d'ailleurs ces deux variétés d'amnésie antérograde sont-elles de même ordre et ne constituent-elles vraisemblablement que deux degrés différents d'un même état?

Quoique très porté à le croire, nous préférons néanmoins conserver les dénominations que nous leur avons données, pour caractériser deux états, qui cliniquement sont très différents, et soulever en tout cas la question.

Arrivé au terme de cette étude psychologique nous constatons que la plus petite part revient aux amnésies dues à des lésions destructives des centres nerveux (amnésies vraies et dysmnésies). Ce sont cependant les seules amnésies véritables. Nous venons de voir, en effet, que toutes les affections désignées cliniquement sous le nom d'amnésies, — et auxquelles le trouble de la

mémoire imprime un caractère spécial qui attire immédiatement l'attention et domine toute leur histoire, — ne sont pas en réalité des amnésies, puisque les images persistent toujours dans les éléments nerveux, et qu'il ne leur manque que la vivacité suffisante pour être conscientes ou la possibilité d'être synthétisées à l'état de souvenir complet. L'amnésie n'est donc qu'apparente. Pour qu'il y ait amnésie vraie, il faut, au contraire, que les centres où sont emmagasinées les images soient détruits : les images ne peuvent disparaître qu'à cette condition; dans tous les autres cas elles sont plus ou moins affaiblies, d'une façon permanente ou passagère, mais non détruites irrémédiablement. Or, dans les cas où l'amnésie est liée à la destruction des éléments nerveux, ce n'est plus le trouble psychologique qui imprime à l'affection son cachet spécifique, c'est le trouble organique. C'est ce qui arrive pour l'aphasie, par exemple, et plus encore pour toutes les paralysies corticales, où le rôle des images n'intervient qu'à titre d'explication pathogénique des phénomènes, mais est secondaire au point de vue clinique. De sorte qu'on est amené à faire la constatation suivante, paradoxale en apparence : Toutes les affections cérébrales, dans lesquelles il y a de l'amnésie vraie, ont reçu des appellations spéciales ne rappelant en rien le rôle de l'amnésie dans leur physionomie et leurs symptômes; tandis que toutes les affections où l'amnésie n'est qu'apparente, où les images ne sont pas détruites, mais seulement inconscientes, où il n'y a pas d'amnésie en réalité, mais un mode spécial de la mémoire, sont qualifiées d'amnésies.

Ce sont ces dernières seules dont nous nous occuperons, voulant rester sur le terrain clinique. Or, cliniquement, les amnésies vraies, comme l'aphasie qui est la

plus intéressante, forment un groupe d'affections ayant chacune une histoire, une évolution, des caractères bien spéciaux, et constituent des entités morbides bien séparées.

Il y a lieu, en outre, de distinguer dans ces affections organiques, — ce qu'on ne fait guère, croyons-nous, — ce qui appartient à l'amnésie et ce qui ne lui appartient pas. Si nous prenons pour type l'aphasie, nous voyons en effet que, s'il y a amnésie pour le langage appris antérieurement à la destruction des centres cérébraux, on ne saurait dire qu'il y a amnésie pour les images des mots postérieurement à cette destruction. Bien qu'il y ait une image, il faut, en effet, qu'il y ait un centre impressionné qui la conserve. Or, le centre étant détruit, il ne saurait y avoir d'impression : donc pas d'image et par conséquent pas de perte d'image, c'est-à-dire d'amnésie. L'impossibilité où se trouve l'aphasique de fixer de nouveau les images des mots est absolument comparable à l'amnésie antérograde — laquelle, nous l'avons vu, n'est qu'une amnésie apparente — avec cette différence toutefois que, dans l'amnésie antérograde, il y a fixation des images, insuffisante mais *réelle*, tandis que chez l'aphasique, la fixation n'est pas seulement insuffisante, mais *nulle*. La mémoire n'est pas perdue chez l'aphasique, elle ne se produit plus.

En résumé, ce qu'on étudie en clinique sous le nom d'amnésie, ce n'est pas la perte plus ou moins absolue de la mémoire, c'est la mémoire inconsciente. Pratiquement les deux choses se valent, car un souvenir inconscient et qui ne peut, par aucun moyen, redevenir conscient, ne vaut pas mieux qu'un souvenir détruit. Si nous sommes obligé de faire la distinction au point de vue physiologique, ce n'est pas seulement dans un but

purement philosophique ; la chose a son intérêt pratique. Car nous en tirons immédiatement une conclusion capitale au point de vue du pronostic et du traitement, l'amnésie vraie étant incurable, tandis que l'amnésie apparente peut toujours être (nous ne disons pas : est toujours) curable, à quelque variété qu'elle appartienne.

CHAPITRE IV

CLASSIFICATION DES AMNÉSIES

Sommaire : Divisions anciennes. — Division de M. Ribot. — Amnésie congénitale. — Amnésie temporaire et progressive. — Amnésie périodique. — Classifications pathogéniques : Legrand du Saulle, Kussmaül. — Classifications étiologiques : A. Voisin, Rouillard. — Divisions proposées. — Tableau synoptique des variétés d'amnésies. — Classification clinique. — Ordre séméiologique. — Méthode d'examen. — Examen de l'amnésique. — Examen de l'amnésie : mode de développement, variétés. — Amnésie rétrograde. — Amnésie simple. — Amnésie antérograde. — Amnésie incomplète. — Perte de la mémoire organique. — Conséquences de l'amnésie. — État antérieur de la mémoire. — État de la personnalité. — Raisonnement. — Troubles somatiques. — Intérêt théorique et pratique. — Ordre suivi dans l'étude séméiologique.

Il y a deux choses à considérer dans les classifications de l'amnésie : le côté psychologique et le côté clinique.

En se plaçant au point de vue psychologique on l'a divisée en générale et partielle, complète et incomplète. Louyer-Villermay[1] a distingué, et avec raison selon nous, la dysmnésie, ou diminution de la mémoire. M. Falret[2] n'admet que la division en amnésie générale et amnésie partielle. En effet, l'amnésie totale n'existe pas; ce serait l'anéantissement complet de toutes les manifestations cérébrales.

---

1. *Op. cit.*
2. *Op. cit.*

M. Ribot[1] a distingué les amnésies générales et les amnésies partielles, et dans les amnésies générales il étudie : 1° les amnésies temporaires; 2° les amnésies périodiques; 3° les amnésies à forme progressive; 4° l'amnésie congénitale.

Cette classification a été reprise par Legrand du Saulle[2]. Elle a le défaut de n'être ni absolument psychologique ni absolument clinique; elle établit des distinctions fondées sur des phénomènes qui ne sont pas caractéristiques, et prête à certaines confusions d'expression.

L'amnésie congénitale n'est pas une amnésie : lorsque la mémoire ne se développe pas, il y a *absence* et non *perte* de mémoire. Je veux bien admettre la mémoire héréditaire, mais rien ne nous prouve que cette mémoire, qui n'est autre chose que la tendance des éléments nerveux à réagir d'une certaine façon à des excitants donnés, ait jamais existé dans un cerveau anormalement développé dès l'origine, comme chez nombre d'idiots qu'on présente comme types de cette variété d'amnésie. En tous cas, en admettant même son existence à un moment donné, nous ne pouvons pas comparer l'état actuel de la mémoire avec son état antérieur et cette amnésie n'a pas d'intérêt, si tant est qu'on la considère comme une amnésie. Ce qui est intéressant dans ces cas-là, c'est ce qui reste de mémoire et quel rapport elle a avec les parties indemnes du cerveau. Au point de vue psychologique, l'amnésie congénitale n'est donc pas une amnésie, et, au point de vue clinique, elle n'a aucun caractère qui permette de la distinguer des autres amnésies.

---

1. *Op. cit.*
2. Legrand du Saulle, *Les Amnésies.* (*Gaz. des hôp.*, 1884.)

Accoler les amnésies temporaires aux amnésies progressives, c'est examiner côte à côte des phénomènes psychiques et des phénomènes organiques. L'amnésie temporaire est toujours un phénomène fonctionnel : c'est une amnésie apparente. L'amnésie progressive est un phénomène organique : c'est une amnésie vraie ; mais, grâce à son mode d'évolution, elle constitue une dysmnésie au début avant de devenir une amnésie vraie.

En outre, cette opposition de temporaire à progressive donne une fausse conception de l'amnésie temporaire. Quand on dit amnésie temporaire, on croit avoir affaire à une amnésie qui ne dure qu'un certain temps, tandis que l'amnésie progressive persiste et augmente toujours. Or, dans la nomenclature en question, l'épithète de temporaire ne s'applique pas à la durée du trouble de la mémoire, mais à l'étendue de temps sur laquelle il porte. C'est donc un mauvais terme, car les amnésies temporaires peuvent être permanentes. Si l'on veut conserver cette appellation, il faut la faire suivre d'une seconde épithète : *permanente* ou *passagère*.

Les amnésies périodiques ont également pour base la notion de temps, non plus au point de vue de l'étendue de la perte des souvenirs, mais au point de vue de la situation des périodes d'amnésie dans le temps. Elles ne diffèrent pas en réalité des amnésies temporaires et ne s'en distinguent que par leur répétition et leur alternance.

De sorte que, l'amnésie congénitale étant éliminée et pour cause, nous nous trouvons en présence d'une classification qui prend successivement pour base : 1° l'*étendue* du phénomène observé ; 2° son *évolution* ; et 3° sa *situation* dans le temps.

Au point de vue clinique, cette classification conduit

à accoler ensemble des affections absolument disparates. Aussi croyons-nous devoir la rejeter et nous borner à adopter d'abord, avec notre maître, M. Falret, la division naturelle des amnésies générales et partielles. Nous avons cherché à montrer, en outre, qu'il fallait tenir compte de la systématisation des souvenirs perdus, et nous avons aussi été conduit à proposer de distinguer les deux variétés d'amnésies systématisées et d'amnésies non systématisées, au point de vue psychologique pur.

En se plaçant au point de vue clinique, on se trouve en présence de deux sortes de classifications : l'une repose sur la physiologie pathologique, l'autre sur l'étiologie.

Les premières ont pour point de départ les conditions physiques et physiologiques de la mémoire. Telle est celle de Legrand du Saulle[1]. L'exercice de la mémoire comporte d'après lui quatre conditions : 1° l'intégrité de structure des cellules nerveuses qui sont dans le cerveau préposées aux souvenirs; 2° le fonctionnement normal de ces éléments anatomiques; 3° une irrigation suffisante; 4° l'intégrité de la constitution chimique du sang. — Suivant que l'une ou l'autre de ces conditions manquera, on aura les quatre groupes suivants d'amnésies : 1° par lésion de la substance cérébrale; 2° par trouble fonctionnel des cellules; 3° par congestion ou anémie cérébrale; 4° par intoxication, infection ou toxémie. Cette classification serait excellente si on pouvait être certain des conditions qui en forment la base. Or celles-ci sont forcément hypothétiques, et ce qui le prouve, c'est que tous les auteurs ne s'accordent

1. *Op. cit.*

pas sur ce point. Kussmaül[1], par exemple, indique que les conditions générales et vitales de la mémoire sont les suivantes : 1° les nerfs doivent être pourvus d'une alimentation suffisante; 2° une bonne distribution sanguine, dépendant de la structure et de l'innervation des vaisseaux sanguins; 3° une bonne structure du sol organique qui retire du sang la matière nutritive; 4° l'accumulation d'aliments assimilés, ce à quoi sert surtout le sommeil.

Pour d'autres, la mémoire dépend d'une manière générale de la nutrition, laquelle est elle-même sous la dépendance de la circulation générale ou locale du cerveau (Ribot).

Les conditions organiques de la mémoire n'étant, en somme, que des hypothèses plus ou moins générales, on ne saurait en faire le point de départ d'une classification clinique et encore moins scientifique. C'est, au contraire, par l'étude soignée des amnésies et des conditions dans lesquelles elles se sont produites qu'on pourra arriver à déterminer ces conditions. Loin d'être un point de départ, elles sont le but qu'on doit se proposer. Tout ce qu'on sait, c'est que tantôt l'amnésie est due à une lésion destructive du cerveau, tantôt à une lésion dynamique, fonctionnelle seulement. D'où, au point de vue pathogénique, la division naturelle de l'amnésie en *organique* et *fonctionnelle :* la première étant une amnésie *vraie;* la seconde, une amnésie *apparente*.

C'est pour éviter des reproches de ce genre que d'autres auteurs ont établi la classification d'après l'étiologie des amnésies. Il est certain que la notion de cause est d'une grande importance en clinique au point

1. Kussmaul, *Les Troubles de la parole.*

de vue du diagnostic. Mais, si ce mode de classification est commode pour l'étude, il n'est pas véritablement clinique, puisque, dans un certain nombre de cas, ce qu'il s'agit surtout de déterminer, c'est précisément la cause de l'amnésie d'après ses caractères et les signes dont elle s'accompagne.

Voici, du reste, deux exemples de ces classifications : celle de M. A. Voisin[1] et celle de M. Rouillard[2].

M. A. Voisin laisse comme nous de côté l'amnésie des idiots (amnésie congénitale) à laquelle il joint l'amnésie consécutive à la fièvre typhoïde, à la méningite, aux convulsions, et divise en six catégories les causes des amnésies : 1° amnésie traumatique ; 2° amnésie des affections organiques du cerveau et de ses enveloppes; 3° amnésie des cachexies et des intoxications chroniques; 4° amnésie des névroses et des troubles nerveux insolites; 5° amnésie de l'opium, de la belladone, du haschich, de l'alcool, etc. ; 6° amnésie des vieillards.

M. Rouillard range les amnésies en sept groupes : 1° amnésie congénitale ; 2° amnésie par traumatisme; 3° amnésie liée à des maladies de l'encéphale ; 4° amnésie par anémie cérébrale; 5° amnésie liée aux grandes névroses; 6° amnésie liée à des maladies aiguës; 7° amnésie liée à une intoxication.

Plus tard il a réduit à six ces catégories, en confondant en une seule la quatrième et la sixième.

Nous nous garderons bien de proposer une nouvelle classification clinique. Au point de vue psychologique, nous avons montré que les seules amnésies vraies étaient

1. *Op. cit.*
2. *Op. cit.*

celles qui étaient dues à la destruction des centres des images, et que, dans les autres, la perte de mémoire n'était qu'apparente ; qu'on avait conservé une mémoire inconsciente, que le fonctionnement des centres des images était seulement *insuffisant*, mais non *aboli*, d'où la division naturelle, à la fois clinique et psychologique, en amnésie organique (vraie) et amnésie fonctionnelle (apparente). L'amnésie fonctionnelle étant un phénomène essentiellement psychologique, on ne peut y distinguer que des variétés ayant un caractère psychologique. On y rencontre deux groupes : l'*amnésie* et la *paramnésie*. La première peut porter sur un phénomène seulement (am. *simple*), sur les phénomènes qui l'ont précédé (am. *rétrograde*), ou enfin sur ceux qui l'ont suivi (am. *antérograde*), d'où trois variétés. La paramnésie pouvant porter sur la *localisation* ou la *certitude* du souvenir, nous avons deux variétés de paramnésie.

Enfin restent les affaiblissements de la mémoire ou *dysmnésies*, les plus importants peut-être des troubles de la mémoire au point de vue clinique. Les dysmnésies peuvent être d'emblée organiques, ou de fonctionnelles devenir ensuite organiques ; de même, au point de vue psychologique, elles sont apparentes, puis vraies, ou vraies d'emblée : telle est la dysmnésie de la paralysie générale. Les dysmnésies forment donc un intermédiaire entre les deux groupes précédents d'amnésies (organique ou vraie, et fonctionnelle ou apparente) au double point de vue clinique et psychologique.

Groupons ces divers troubles en un tableau pour rendre les choses plus claires.

1° Amnésies générales. — A. *Amnésie organique vraie*. — Destruction des centres des images.

SYSTÉMATISÉES. — B. *Amnésie fonctionnelle :* amnésie vulgaire apparente. — Fonctionnement insuffisant des centres des images.

A. *Amnésie* { simple. / rétrograde. / antérograde.

B. *Paramnésie* { de localisation. / de certitude.

C *Dysmnésie*, organico-fonctionnelle.

2° AMNÉSIES PARTIELLES.

SYSTÉMATISÉES OU NON SYSTÉMATISÉES. — *Organiques; fonctionnelles?*

Mais, au point de vue clinique, toute classification semble à l'heure actuelle impossible. Dans un cas, c'est la notion de causalité qui est capitale; dans un autre, ce sera l'évolution; dans un autre encore, ce seront les troubles somatiques qui l'accompagnent ou en sont la conséquence. En clinique, les classifications ne servent, du reste, à rien, car elles ne sont pas un point de départ, mais un aboutissant. On part d'un phénomène quelconque, autour duquel on groupe un certain nombre d'autres phénomènes dont on fait ensuite la synthèse. Cette synthèse a pour expression un diagnostic, et pour conséquences un pronostic, susceptible ou non de modification par un traitement. En présence d'un malade on ne peut faire qu'une chose : de la séméiologie.

C'est au point de vue séméiologique seul que nous allons maintenant nous placer pour passer en revue les diverses amnésies. Comme pour tout syndrôme, il y a lieu, une fois le diagnostic du syndrôme posé, d'établir celui de l'affection à laquelle il est lié. Il en résulte deux pronostics: celui du syndrôme en lui-même et la façon dont il modifie celui de l'affection causale; mais le pro-

nostic et le traitement sont liés tout naturellement à une conception pathogénique de ce syndrôme, soit qu'ils en résultent, soit qu'établis empiriquement ils y aient, au contraire, conduit. Nous en dirons donc quelques mots, et ainsi se trouveront justifiées les considérations psychologiques et générales dont nous avons fait précéder l'étude clinique des amnésies.

Voici donc l'ordre que nous allons suivre.

L'amnésie pouvant être générale ou partielle, nous sommes tout naturellement conduit à étudier séparément ces deux formes. Mais nous avons vu pour quelles raisons nous négligerons presque complètement la seconde.

En face d'une amnésie générale évidente, il faut se demander immédiatement comment elle est survenue, progressivement ou brusquement, d'où deux chapitres: *amnésies progressives ou dysmnésies*, et *amnésies à début brusque*. Après quoi, nous dirons quelques mots de l'*amnésie partielle*. Enfin l'amnésie, au lieu de constituer le phénomène unique ou prédominant, n'est qu'accessoire, demande à être recherchée et peut alors avoir de l'intérêt au point de vue du diagnostic ou du pronostic, ou encore en offrir un certain au point de vue de l'explication pathogénique des troubles qu'on étudie; d'où notre dernier chapitre sur l'*Amnésie comme phénomène accessoire ou explicatif*.

EXAMEN MÉTHODIQUE DES AMNÉSIQUES

Comme toujours en clinique, il faut se rappeler qu'on a deux choses à étudier : le malade et la maladie. Ce n'est qu'une fois qu'on a bien examiné en tous sens le malade qu'on est en droit de synthétiser les différents

troubles pathologiques qu'il présente pour établir sa maladie au point de vue de sa forme, de son évolution, de son pronostic et de son traitement.

Commençons donc par le malade.

L'amnésie peut être (A) le phénomène principal ou même unique; ou bien, au contraire, n'être (B) qu'un symptôme qui doit être recherché pour éclairer le diagnostic ou formuler le pronostic. Suivant ces deux cas, le malade se présentera d'une façon différente au médecin.

Dans le premier cas (A), le malade sait qu'il est amnésique (*a*); ou bien, il ne le sait pas; et ce sont ses parents qui s'en sont aperçus (*b*); ou enfin le médecin est consulté pour un trouble que le vulgaire ne peut rattacher à l'amnésie et qui n'est de son domaine qu'au point de vue pathogénique (*c*).

C'est ainsi qu'un paralytique général au début vient consulter, parce que depuis quelque temps sa mémoire lui manque (*a*); qu'à la suite d'un traumatisme ayant entraîné l'amnésie rétrograde et antérograde, ce sont les personnes de l'entourage du malade qui l'amènent au médecin (*b*); qu'enfin un hystérique atteint d'abasie ou d'astasie viendra se faire soigner pour sa paralysie, qui n'est, en réalité, qu'un phénomène d'amnésie organique (*c*).

On conçoit dès lors combien l'attitude, l'aspect général du malade sera différent dans ces divers cas. Les décrire serait faire le tableau des nombreuses maladies pouvant présenter de l'amnésie à un titre quelconque, ce qui serait un hors-d'œuvre absolument inutile. Mais il est une variété cependant qui peut être l'objet d'une mention spéciale : c'est celle où l'amnésie constitue le phénomène morbide unique (*b*), telle que l'amnésie

antérograde survenant à la suite d'une commotion morale ou physique.

Dans ce cas, en effet, l'aspect du malade, sans être caractéristique, a cependant quelque chose de personnel. Il faudrait, sans doute, un assez grand nombre de cas pour en donner un tableau complet, et ces cas sont très rares. Dans les deux, que j'ai été à même d'observer, et où il s'agissait de deux femmes, les malades avaient l'air hébété, semblaient ne penser à rien, paraissant sortir d'un rêve lorsqu'on leur adressait la parole, ne la prenant pas spontanément. Les mouvements étaient lents, le regard éteint; un sentiment d'apathie, d'atonie, se traduisait sur leur physionomie et dans toute leur attitude. Elles restaient volontiers immobiles, assises, la tête penchée, les mains sur les genoux, comme plongées dans une sorte de rêverie, et peu ou pas sensibles à tout ce qui se passait autour d'elles.

L'atonie des traits donne à la physionomie une certaine tristesse et au premier abord on pourrait prendre ces malades pour des mélancoliques ou des paralytiques généraux à forme dépressive. Le regard cependant n'a ni l'éclat de celui des mélancoliques, ni la fixité dans le vide de celui des paralytiques. Ce sont là, du reste, des nuances qui échappent à une description méthodique. C'est une affaire d'impression générale indéfinissable, mais qui fait tout de suite pressentir qu'on est en face d'une maladie qui ne rentre pas dans le cadre ordinaire des affections dont elle semble au premier abord se rapprocher. L'interrogatoire des malades variera forcément, puisque tantôt ce sera le malade lui-même qui donnera des renseignements sur son état (*a*, *c*) — examen direct, — tantôt ce seront les personnes de son entourage (*b*) — examen indirect.

Lorsque (B) l'amnésie n'est qu'un symptôme secondaire dans l'affection en présence de laquelle on se trouve, son importance n'est plus la même et l'interrogatoire n'a pas besoin ordinairement d'avoir la même précision. Son intérêt réside surtout dans les déductions qu'on peut tirer de sa coïncidence avec les autres symptômes, au point de vue de la pathogénie de la maladie qu'elle accompagne; ou dans les indications qu'elle fournit, au point de vue du pronostic de cette affection. Elle n'est plus envisagée en elle-même, mais seulement dans ses rapports avec d'autres troubles physiologiques ou organiques.

Cela dit, voyons maintenant dans un tableau d'ensemble les affections où nous pourrons rencontrer de l'amnésie, de façon à rechercher dans quelle catégorie nous devrons chercher à faire rentrer l'amnésique.

A. AMNÉSIES PROGRESSIVES OU DYSMNÉSIES

ADULTES

Organiques — Incurables.	Paralysie générale.	
	Pseudo-paralysies générales	syphilitique, alcoolique. saturnine.
	Démences	sénile. épileptique.
Organico-fonctionnelles. — Curabilité possible à un certain degré.	Syphilis cérébrale.	
	Intoxications chroniques :	alcool. morphine. opium. mercure, arsenic, plomb, etc.
	Auto-intoxication. Myxœdème	opératoire. spontané.

ENFANTS

Organique. — Incurable.	Idiotie. Méningite chronique, tuberculeuse.
Fonctionnelle. — Curable.	Onanisme.

B. AMNÉSIES A DÉBUT BRUSQUE

Fonctionnelles et apparentes. — Curabilité variable.	Traumatisme. Épilepsie. Alcoolisme aigu. Chloroforme, éther. Syncope, coma, apoplexie. Strangulation. Submersion. Choc moral. Hystérie. Somnambulisme. Hypnotisme. Chorée. Puerpéralité. Éclampsie. Oxyde de carbone. Fièvre typhoïde. Typhus, peste, choléra, etc. Hémorrhagie. Surmenage, inanition, etc.
APPENDICE.	Amnésie partielle.
Organique ou fonctionnelle.	Aphasie. Amnésies par suggestion.

C. AMNÉSIES COMME PHÉNOMÈNE ACCESSOIRE OU EXPLICATIF

Hystérie.
Neurasthénie.
Folie du doute.
Manie.
Mélancolie.
Stupeur.
Folie circulaire.
Délire fébrile.

Mais, lorsqu'on a ainsi examiné et classé son amnésique, il reste à étudier l'amnésie elle-même.

Nous allons immédiatement donner la marche à suivre une fois pour toutes et nous n'y reviendrons plus.

Il y a quatre points à établir :

1° Dans quelles conditions l'amnésie s'est-elle développée ?

2° A quelle variété appartient-elle ?

3° Quel était l'état antérieur de la mémoire ?

4° L'amnésie s'accompagne-t-elle d'autres phénomènes de même ordre ou d'ordre différent ?

1° *Dans quelles conditions l'amnésie s'est-elle développée ?*

Quelle est la date du début ?

Ce début a-t-il été brusque ou progressif ?

S'il a été brusque, à la suite de quoi s'est-elle montrée : traumatisme, opératoire ou non, intoxication accidentelle, émotion, etc., etc. ?

Dans quelles conditions précises le phénomène causal s'est-il présenté ?

Le malade a-t-il eu ou non conscience de ce phénomène ?

A-t-il eu quelque accident, et de quel ordre, à la suite ?

Combien de temps après a-t-on constaté l'absence de mémoire, et par quels signes extérieurs s'est-elle manifestée ?

Les événements antérieurs au phénomène causal ont-ils avec lui quelque rapport immédiat ou médiat ?

Quels phénomènes physiques ont accompagné le développement de l'amnésie ?

2° *A quelle variété appartient l'amnésie ?*

Est-elle générale ou partielle, systématisée ou non ?

S'étend-elle en arrière du phénomène causal ? est-elle rétrograde ?

Dans ce cas, quel est le dernier événement dont le souvenir soit conservé ?

A quelle date a-t-il eu lieu ?

De quelle nature était-il : visuel, auditif, etc. ? d'ordre physique, intellectuel, moral ou social ?

Avait-il un rapport quelconque avec l'événement ayant entraîné l'amnésie actuelle ?

En un mot, pourquoi la perte de mémoire s'arrête-t-elle à ce point plutôt qu'à tout autre ?

Entre lui et l'événement actuel s'en est-il produit qui aient paru impressionner plus vivement le sujet, ou qui lui aient été plus familiers ?

Si le malade semble avoir conservé un souvenir appartenant à la période amnésique seule, n'est-ce pas au moyen d'autres images qu'il s'en souvient[1] ?

Si on ne constate que de l'amnésie simple, sur quoi porte-t-elle ?

Est-elle absolue ou partielle ?

Dans le premier cas, sur quelle étendue de temps porte-t-elle ?

Tous les événements de ce laps de temps sont-ils de même ordre ou reliés d'une façon déterminée entre eux et avec le phénomène causal ?

Quel est cet événement ? De quelle nature, de quel ordre est-il ?

---

1. Ceci demande une courte explication pour laquelle un exemple nous dispensera d'entrer dans de longs détails. Une amnésique du service de M. Charcot — rétrograde et antérograde — reconnaissait M. Charcot alors qu'elle ne l'avait jamais vu avant son amnésie, et qu'elle ne reconnaissait personne d'autre de son entourage. Or ce n'était pas l'impression qu'elle en avait ressentie qui l'expliquait — ce qui peut, du reste, arriver — mais simplement le souvenir d'un portrait qu'elle avait vu avant de devenir amnésique. Elle ne reconnaissait donc pas M. Charcot parce qu'elle l'avait vu les jours précédents, mais parce qu'elle se rappelait son portrait vu dans la période dont elle avait conservé le souvenir. Il faut donc se mettre en garde contre des faits qui pourraient sembler singuliers et inexplicables au premier abord et se rappeler toujours qu'il n'y a de singulier que ce qu'on connaît mal.

N'existe-t-il pas certaines images faciles à réveiller?

A quelles raisons ce réveil est-il dû : éducation, habitude, tendance naturelle, émotion corrélative?

Y a-t-il de l'amnésie antérograde de reproduction?

Dans le cas d'amnésie partielle, quelles sont les images, sinon les souvenirs, qui sont conservées de préférence et pour quelles raisons? N'y a-t-il pas eu, à un moment donné, de l'amnésie rétrograde?

Sur quels événements portait-elle, et quel espace de temps occupait-elle ?

Combien de temps a-t-elle duré ? Sa disparition s'est-elle faite brusquement ou progressivement ?

Sur quel espace de temps et sur quels phénomènes porte-t-elle ?

Y a-t-il de l'amnésie antérograde de conservation? c'est-à-dire : le malade, outre l'amnésie simple et rétrograde qu'il présente, est-il incapable en outre de fixer de nouvelles images?

Combien de temps une impression produite sur lui met-elle de temps à disparaître?

La durée, l'intensité, la nature de l'impression modifient-elles sa persistance?

Quelles sont les images (visuelles, auditives, etc.) qui se fixent le plus longtemps ?

Y a-t-il augmentation dans la durée de la persistance par le fait de la répétition, dans les mêmes conditions, d'une même impression, depuis le début de l'amnésie?

Malgré cette amnésie, le malade a-t-il conservé la notion de temps, ce qui peut être facilement apprécié s'il fait à peu près en temps voulu et sans regarder l'heure les actes réguliers qu'il a l'habitude de faire journellement?

Peut-on par certains procédés (hypnotisme, sommeil

chloroformique, excitation alcoolique, morphinique ou autre) fixer plus longtemps certaines images ou réveiller certains souvenirs, soit de la période rétrograde, soit de la période antérograde ?

Si l'amnésie est incomplète, il faut rechercher quelle est la mémoire la plus atteinte : est-ce la mémoire psychique ou la mémoire organique ?

Dans l'amnésie psychique, quels sont les souvenirs disparus : ceux qui se rapportent aux impressions sensorielles (*a*), ceux qui sont du domaine intellectuel proprement dit (*b*), ou encore ceux qui appartiennent à la sphère morale (*c*) ?

Dans le premier cas (*a*), est-ce la mémoire visuelle (souvenirs des lieux, des formes, des couleurs, des personnes, etc.), ou la mémoire auditive, gustative, olfactive, qui est le plus atteinte ?

Dans le second cas (*b*), la perte de mémoire porte-t-elle plus particulièrement sur les notions concrètes ou abstraites (calcul, musique, langage), théoriques ou pratiques ?

Dans le dernier cas enfin (*c*), les souvenirs des émotions sont-ils perdus, et le rappel des faits physiques, intellectuels ou moraux qui les ont provoquées autrefois les éveille-t-il encore et de quelle façon ?

Si c'est la mémoire organique qui est atteinte, est-ce dans le domaine moteur ou sensitif ?

Y a-t-il paralysie ou anesthésie, ou les deux ?

Les mouvements automatiques secondaires (marche, couture, actes professionnels quelconques) sont-ils perdus ?

Quelles sont les conséquences physiques, intellectuelles et morales de ces différentes sortes d'amnésie ?

Comment le malade se comporte-t-il dans les actes habituels de son existence journalière ?

Quelles différences y a-t-il entre sa façon d'être antérieure et celle d'aujourd'hui ?

L'amnésie entraîne-t-elle un affaiblissement de son attention, de sa volonté, de son pouvoir de raisonnement ?

Détermine-t-elle chez lui de la dépression morale, de l'angoisse, etc. ?

Quelles conséquences sociales, morales, médico-légales a-t-elle pour le passé et pour l'avenir ?

3° *Quel était l'état antérieur de la mémoire ?*

Pour bien apprécier à sa juste valeur l'intensité des phénomènes observés, il est indispensable — si faire se peut — de se rendre compte de l'état mental antérieur, et, en particulier, de la mémoire du sujet. C'est un examen assez difficile en général à mener à bien, quand ce n'est pas le malade lui-même qui donne les renseignements. On n'en obtient alors que d'assez vagues, mais qui cependant ne doivent pas être négligés après les avoir soumis à un contrôle aussi rigoureux que possible, bien entendu.

On s'informera tout d'abord si la mémoire était facile ou non ; si, par exemple, le malade apprenait facilement par cœur, et de quel ordre étaient les choses ainsi apprises ; s'il avait plus de facilité pour les sciences exactes ou pour la littérature, la musique ou les arts ; s'il avait la mémoire des noms, des visages, des lieux, des dates, etc. ; s'il était adroit ou non et apprenait facilement les exercices physiques, les travaux manuels automatiques ; s'il était impressionnable, énergique, vif, ou non.

Avait-il une ou plusieurs mémoires spéciales développées à l'excès ?

Ce n'est qu'en connaissant ces diverses particularités qu'on pourra apprécier les modifications apportées dans la personnalité de l'individu par l'amnésie, personnalité dont les troubles doivent être recherchés avec soin, puisque nous avons vu les relations intimes qui unissent la mémoire et la notion de personnalité.

4° *L'amnésie s'accompagne-t-elle d'autres phénomènes du même ordre ou d'ordre différent?*

L'amnésie étant considérée par nous comme un défaut de synthèse des images, on doit rechercher s'il n'existe pas également un défaut de synthèse pour les sensations. C'est ainsi qu'on pourra rencontrer, dans le cas d'une amnésie rétrograde et antérograde, des troubles anesthésiques qui doivent être également rapportés à un défaut de synthèse des sensations, ou encore des parésies qui sont également dues à une amnésie des mouvements automatiques secondaires.

L'étude de la personnalité, si fréquemment troublée dans les maladies mentales, doit être également faite avec soin, car, ainsi que nous l'avons vu, elle peut être entamée de façons diverses, suivant l'étendue et la forme de l'amnésie. Son examen est en tous cas corrélatif de celui de la mémoire.

On doit également s'assurer du fonctionnement du raisonnement et voir s'il ne présente pas certaines lacunes qui s'expliqueraient par l'absence de certains souvenirs; de même pour le jugement.

Enfin, à côté de ces troubles psychologiques qui peuvent accompagner les amnésies, il en est d'autres d'ordre physique qui n'ont rien à voir avec les premiers, mais qu'il est cependant indispensable de reconnaître pour poser un diagnostic de l'affection dont l'amnésie constitue le premier phénomène révélateur, ou le symptôme

le plus important, et pour porter par conséquent un pronostic sur l'amnésie elle-même. Ceci nous amène donc tout naturellement à l'examen des cas où l'amnésie ne survient plus qu'à titre de symptôme secondaire, accessoire en quelque sorte, évident ou latent et demandant à être recherché.

c. — *L'amnésie est un phénomène accessoire évident ou latent.*

L'intérêt qu'il y a à la rechercher est double ici : dans certains cas, il est essentiellement *pratique ;* dans d'autres, purement *théorique.* Ce n'est plus l'amnésie considérée en elle-même qu'il importe d'étudier, c'est l'amnésie dans ses rapports avec l'affection où elle se montre aux points de vue diagnostique et pronostique (côté pratique), ou au point de vue de son rôle dans les manifestations et la pathogénie de cette affection (côté théorique).

Le côté pratique comprend donc deux choses : le diagnostic, le pronostic.

a) *Au point de vue diagnostique,* l'amnésie a une valeur considérable dans :

Les accidents épileptiques de tout ordre ;
La paralysie générale ;
Les démences ;
L'alcoolisme ;
La syphilis cérébrale.

b) *Au point de vue pronostique,* elle a surtout de l'importance dans :

La paralysie générale ;
Les démences ;
Les affaiblissements intellectuels consécutifs à l'alcoolisme, aux diverses intoxications.

Ce serait faire double emploi, ou diviser inutilement le sujet, que d'étudier ici l'amnésie à ces deux points de vue particuliers. Aussi en ferons-nous l'étude complète dans la première partie où nous considérons l'amnésie comme phénomène prédominant ou unique de ces diverses affections. Ce n'est, en effet, le plus souvent qu'une question d'époque dans l'évolution qui fait qu'on a à examiner une amnésie comme phénomène principal ou secondaire. Voici, par exemple, un paralytique général au début qui vient consulter parce que depuis quelque temps il perd la mémoire : on se trouve en présence d'une amnésie à l'état isolé, au moins en apparence. Si on avait été appelé à examiner plus tardivement ce même paralytique général, ce n'est plus l'amnésie qui aurait attiré tout d'abord l'attention, mais vraisemblablement quelque trouble somatique. On n'aurait recherché l'amnésie que pour fixer le diagnostic, et d'après son étendue porter un pronostic. Dans les deux cas cependant, on aurait eu affaire à la même amnésie et à la même affection chez le même malade.

Lorsque nous traiterons de l'amnésie dans la paralysie générale, de même que dans les autres maladies que nous avons énumérées plus haut, nous l'étudierons donc dans son ensemble et dans les différentes circonstances où elle peut se présenter par rapport à ces maladies.

Avec le côté théorique nous quittons le terrain clinique pour rentrer sur le terrain psychologique.

L'amnésie joue, en effet, un certain rôle dans un assez grand nombre d'affections psychiques et jette ainsi, par sa présence, quelque lumière sur des manifestations qu'il est souvent difficile d'interpréter. Nous serons, bien entendu, très réservé sur ce chapitre où nous avançons quelques idées qui nous sont personnelles, et que nous

ne présentons qu'à titre d'hypothèse. Les affections où ce rôle de l'amnésie sera ainsi étudié sont les suivantes :

c) Hystérie ;
Neurasthénie ;
Folie du doute ;
Mélancolie ;
Stupeur ;
Folie circulaire ;
Délires fébriles.

DEUXIÈME PARTIE

LES AMNÉSIES

CHAPITRE PREMIER

AMNÉSIES PROGRESSIVES OU DYSMNÉSIES

SOMMAIRE : Paralysie générale. — Amnésie, premier symptôme. — Période prodromique. — Actes des paralytiques. — Forme paralytique. — Troubles ataxiques. — Forme congestive. — Amnésie congestive. — Forme dépressive. — Mémoire dans la mélancolie. — Forme expansive. — Forme convulsive. — Forme galopante. — Paralysie chez la femme. — Rémissions et amnésie. — Retour de la mémoire. — Loi de régression et de stratification des souvenirs. — Médecine légale. — Actes délictueux. — Testaments contestés — Assurances sur la vie. — Simulation. — Amnésie épileptique. — Pseudo-paralysie générale. — Syphilis et paralysie générale. — Considérations anatomo-pathologiques. — Saturnisme et paralysie générale. — Alcoolisme et paralysie générale. — Loi de régression : faits récents, complexes; sentiments, souvenirs organiques. — Démence épileptique. — Variétés d'amnésie. — Syphilis cérébrale. — Curabilité. — Amnésie partielle. — Alcoolisme chronique. — Amnésie alcoolique. — Disparition des souvenirs anciens. — Délire alcoolique. — Incohérence amnésique. — Paramnésie alcoolique. — Démence alcoolique. — Amnésie alcoolique pseudo-paralytique. — Rémissions. — Médecine légale. — Mercure. — Arsenic. — Plomb. — Sulfure de carbone. — Morphine. — Opium, haschich, chloral. — Tabac. — Coefficient moral dans les intoxications. — Myxœdème opératoire et spontané. — Pellagre. — Dysmnésie chez les enfants. — Idiotie. — Méningite aiguë et tuberculeuse. — Onanisme.

En présence d'un affaiblissement de la mémoire, survenu progressivement, la première chose à laquelle on doive penser est une *démence*, et, si l'on a affaire à un sujet dans la force de l'âge, de 30 à 50 ans, à la paralysie générale plus spécialement.

La dysmnésie est, en effet, un des symptômes les plus

caractéristiques, les plus constants de la paralysie générale progressive. La mémoire est la *première des facultés et quelquefois la seule au début* qui soit atteinte. Il n'est pas rare de voir des paralytiques généraux au début, ne présentant au premier abord aucun autre trouble physique ou psychique, venir consulter pour un affaiblissement de la mémoire qui les gêne dans leurs occupations et les inquiète, à juste titre, pour l'avenir. Il est donc d'une importance capitale de bien connaître les caractères de cette amnésie qui mène à un diagnostic dont les conséquences sont si terribles. L'étude de l'amnésie dans la paralysie générale ne permet pas seulement le diagnostic de cette affection à la période de début, ce qui peut avoir une importance médico-légale extrême, mais une fois la maladie déclarée elle sert à la distinguer de certaines affections analogues et peut, en outre, par sa marche, permettre de porter un pronostic sur l'évolution de la paralysie générale elle-même, — chose des plus graves quand on se trouve en présence d'une rémission.

L'amnésie dans la paralysie générale n'est donc pas seulement le premier des symptômes au point de vue chronologique, mais encore au point de vue de la séméiologie clinique.

Nous allons donc l'étudier avec soin sous ses différents aspects, dans les différentes périodes et les différentes formes de la maladie, dans ses rapports avec l'évolution et les autres symptômes de la paralysie générale, dans sa nature et ses caractères, et voir si l'on peut la distinguer des amnésies liées à des états analogues.

Nous l'avons dit : on peut être appelé à constater l'amnésie avant tout autre signe de paralysie générale. C'est donc par ses caractères seuls qu'on peut la ratta-

cher à cette affection. Pour peu qu'il s'y joigne quelque trouble somatique, si léger, si peu apparent qu'il soit, tel que de très rares accrocs dans la parole, ou une très légère inégalité pupillaire, ou une différence dans le réflexe pupillaire, ou encore un très léger tremblement de l'écriture, le diagnostic s'impose; et la probabilité établie par l'amnésie devient certitude dès qu'un quelconque de ces signes apparaît en même temps. On doit donc se montrer assez réservé quand l'amnésie est tout à fait isolée, et attendre du temps et des signes somatiques la confirmation de ses prévisions. Pas plus pour la paralysie générale que pour toute autre affection, un seul signe ne suffit au diagnostic, car il n'y a pas de signe pathognomonique au sens absolu du mot. Si constante, si caractéristique que soit l'amnésie dans la paralysie générale, il serait imprudent de baser sur elle seule un diagnostic dont les conséquences sont un arrêt de mort pour le malade. Elle nous engage seulement à rester en expectative et à réserver l'avenir auprès de son entourage. Toute dysmnésie, indiquant une lésion déjà organique ou qui le deviendra, doit donc inspirer des craintes sérieuses pour l'avenir et ne jamais être traitée à la légère.

A la période prodromique de la paralysie générale, l'amnésie peut être masquée par cet état que M. Régis a désigné sous le nom de dynamie fonctionnelle et qui est caractérisé par l'exaltation de toutes les fonctions physiques et psychiques. Cette surexcitation peut en imposer au premier abord et on pourrait croire à un début d'excitation maniaque simple. Mais il faut toujours se méfier en présence d'un état d'exaltation psychique qui masque souvent un affaiblissement réel de l'intelligence. Cet affaiblissement, rien n'est plus propre

à le révéler que l'état de la mémoire. C'est donc à elle qu'il faut avant tout s'adresser, dont il faut dépister les moindres défaillances, car de la constatation de son état résultent des conséquences très opposées, et dont la gravité peut être considérable.

Or cette amnésie de la paralysie générale ne se manifeste pas seulement dans le domaine intellectuel, mais encore dans le domaine moral. Elle ne se manifeste pas tant dans la conversation que dans les actes les plus élémentaires, au moins au début. Pour la constater, il faut s'adresser aux menus faits de la vie journalière.

Dans ce domaine, certains actes des paralytiques généraux sont tout à fait caractéristiques, et je crois utile d'en signaler un certain nombre. Les plus fréquents sont de se perdre dans la rue, d'oublier leur adresse, de faire deux fois la même chose sans s'en apercevoir, de négliger certains détails de leur toilette, — comme d'oublier leur chapeau pour sortir, — de quitter un restaurant sans payer, etc., etc. Cette amnésie amène une certaine incohérence dans leur conversation où ils passent tantôt d'un sujet à un autre, et tantôt se répètent. Il en résulte aussi une perte du sentiment des convenances et c'est ainsi qu'ils se livrent à des actes extravagants, obscènes, délictueux et même quelquefois criminels. Enfin il vous suffit de les faire écrire pour constater l'oubli de l'orthographe, de certains mots, de lettres dans les mots, de membres de phrases, dont ils ne s'aperçoivent pas et qui montre bien l'affaissement et de leur mémoire et de leur intelligence en général. Les fugues si fréquentes dans la paralysie générale peuvent être rattachées également à l'amnésie et ont une valeur considérable dans le diagnostic.

La dysmnésie de la paralysie générale porte sur toute

la mémoire. C'est une *amnésie générale* comprenant les souvenirs intellectuels et moraux, moteurs et sensitifs. De plus, elle est *essentiellement progressive*, et nous verrons à propos des rémissions que, si elle paraît dans certains cas régressive, la régression porte seulement sur l'amnésie fonctionnelle surajoutée à l'amnésie vraie, qui, elle, *ne rétrocède jamais*. Pour étudier l'amnésie à la période d'état, il faut l'envisager dans les différentes formes de la paralysie générale.

Dans la *forme paralytique* où les symptômes somatiques paraissent exister seuls, et se manifestent surtout par de l'affaiblissement musculaire ou encore par des phénomènes ataxiques, et où les malades continuent à remplir leurs occupations ordinaires d'une façon automatique, machinale en quelque sorte et présentant quelquefois de petites irrégularités qu'on ne s'explique que plus tard et qui ne frappent pas l'entourage, l'amnésie est aussi importante à reconnaître qu'à la période prodromique. Elle est au second plan, c'est vrai; mais dès qu'on la découvre, elle repasse au premier pour imposer le diagnostic. Pour apparaître plus tardivement d'une façon évidente que dans certaines autres formes de la paralysie générale que nous allons voir, elle n'en existe pas moins dès le début. Et c'est encore dans les faits les plus simples de la vie courante qu'il faut aller la dépister. Le fait, par exemple, pour un caissier de se tromper fréquemment en rendant la monnaie suffit à la révéler. On doit donc rechercher avec soin les irrégularités qui se produisent dans l'accomplissement des fonctions ordinaires du sujet, lesquelles se font au bout d'un certain temps d'exercice d'une manière plus ou moins automatique. Le trouble qu'on y constatera n'en aura donc que plus de valeur.

Si la paralysie a débuté par des *phenomènes ataxiques*, on comprend tout autant l'importance qu'il y a à découvrir l'amnésie. Car, pour fatal que soit le tabes, il s'en faut qu'il ait un pronostic aussi grave immédiatement que la paralysie générale, d'autant plus qu'ordinairement ces formes ascendantes ont une évolution plus rapide encore que les autres.

Dans la *forme congestive*, l'amnésie paralytique est la même, mais on peut être induit en erreur sur ses caractères par l'existence de l'amnésie qui suit l'attaque congestive. Dans ces cas, en effet, on a deux variétés d'amnésie : l'une d'emblée, passagère, régressive, celle de l'attaque; l'autre permanente, progressive, ne rétrocédant pas, celle de la paralysie générale.

Lorsque la congestion survient dans le cours d'une paralysie générale confirmée, la distinction n'est pas difficile à faire et n'a que peu d'intérêt pratique. Mais il en est tout autrement lorsque l'attaque congestive est le premier phénomène qui attire l'attention. Si on s'empresse de porter un pronostic sur cette attaque avant d'avoir attendu un temps suffisant pour que l'amnésie congestive ait disparu et d'avoir vu s'il n'y en a pas une plus profonde par derrière, on s'expose à faire fausse route. Ce qui peut mettre en éveil dans ces deux cas, c'est précisément l'étude des phénomènes amnésiques que présente le malade, et qui doivent faire l'objet d'un examen soigné.

Quels sont donc les caractères de l'amnésie congestive qui permettent de la différencier de l'amnésie paralytique? Ces caractères ont été bien décrits par M. Falret.

L'amnésie de la *congestion cérébrale* porte plutôt sur les mots, les noms propres, les dates, que sur les idées mêmes. Il y a fréquemment de la paraphasie. C'est de

plus une amnésie régressive. Dans l'amnésie de la paralysie générale, il y a, au contraire, plutôt oubli des idées, et surtout des idées abstraites. La mémoire visuelle et la mémoire intellectuelle sont surtout atteintes. De plus, il n'y a jamais régression chez le paralytique général.

Lorsqu'un individu frappé de congestion cérébrale pour la première fois présente, à la suite, de l'amnésie ayant ces doubles caractères, il sera donc bon de se méfier avant de se prononcer. On verra alors l'amnésie congestive disparaître, au moins en partie, et persister au contraire, peut-être même s'aggraver, l'amnésie paralytique. On voit immédiatement les conséquences pratiques qui découlent de cette recherche.

Dans la *forme mélancolique*, la constatation de l'amnésie est encore très importante. On sait, en effet, que fréquemment la paralysie générale est précédée d'un stade d'hypochondrie ou de mélancolie véritable, avec idées de suicide, hallucinations, terreurs imaginaires, etc. Dans ce cas, on peut donc être facilement induit en erreur. Parfois, au milieu du délire mélancolique ou hypochondriaque, apparaissent d'une manière tout à fait fugace des idées de grandeur. Cela constitue un indice très précieux, mais qui, malheureusement, n'existe pas toujours. C'est alors à l'état de la mémoire qu'il faut s'adresser, quand l'âge du sujet, le début et les causes de la mélancolie éveillent quelque doute sur sa nature véritable. Le vrai mélancolique se souvient bien des événements récents, de ses conceptions délirantes, de ses hallucinations, et cela non seulement pendant son délire, mais après sa guérison. La mémoire est, au contraire, exagérée, car tous ses souvenirs lui reviennent pour être interprétés dans le sens de son délire. Quand

il nie, ce qui arrive souvent, se souvenir de son délire après sa guérison, c'est ordinairement parce qu'il en a honte et n'aime pas à ce qu'on lui en reparle. Même lorsque la mélancolie a été jusqu'à la stupeur, la mémoire est conservée et pendant et après. Lorsque, au contraire, on a affaire à la forme mélancolique de la paralysie générale, on peut facilement constater que le malade oublie ses conceptions délirantes de la veille, ses hallucinations, ne se rappelle pas les personnes qu'il a vues peu auparavant, et n'a pas la notion du temps. C'est très frappant chez les malades internés, qui ont ordinairement un souvenir très exact de la date de leur entrée dans l'établissement. Les paralytiques n'en conservent pas le souvenir et, au bout d'un mois, vous répondent très bien qu'ils sont là depuis deux ou trois jours. Cette amnésie, qui est déjà de très mauvais augure, est pire encore lorsqu'elle persiste après guérison de l'accès mélancolique. On peut alors affirmer qu'il n'y a pas guérison réelle, mais simplement rémission, et que tôt ou tard la paralysie générale reprendra son évolution, soit sous forme d'un nouvel accès mélancolique, soit sous une autre forme.

L'amnésie de la *forme expansive* n'est pas différente, si ce n'est comme exagération, de celle de la période de dynamie fonctionnelle du début. Nous n'y reviendrons pas. Tout son intérêt réside non plus dans le diagnostic, mais dans le pronostic, au point de vue de la durée probable de l'affection et du degré des lésions.

Lorsque la paralysie générale prend la *forme convulsive ou épileptique*, on constate, comme dans la forme congestive qui, du reste, se confond souvent avec, une double amnésie : l'amnésie épileptique et l'amnésie paralytique. Nous n'insisterons pas ici sur les caractères

différentiels des deux. L'une est brusque, complète et temporaire; l'autre est progressive, incomplète et continue.

Ajoutons enfin que dans la *paralysie générale galopante*, l'amnésie n'a que peu de valeur pratique et que d'ailleurs la rapidité de l'évolution ne laisse pas assez longtemps le diagnostic et le pronostic en suspens pour qu'on ait besoin d'y recourir.

Chez la *femme*, où la paralysie affecte souvent une forme dépressive, avec peu ou pas de délire, l'amnésie est un phénomène d'autant plus évident qu'on sait que la femme a plus de mémoire que l'homme. Ses troubles apparaissent donc très vite dans la conversation.

Nous en arrivons maintenant aux rapports de l'amnésie avec les autres symptômes. De tous les phénomènes de la paralysie générale, l'amnésie est le plus régulièrement progressif. On peut voir, en effet, le délire s'atténuer, de mélancolique devenir expansif et réciproquement, des périodes de calme succéder à des accès d'excitation, des congestions, des attaques épileptiformes venir compliquer la maladie ; l'amnésie gagne toujours de plus en plus, sans jamais pour ainsi dire rester stationnaire. Il est inutile d'entrer dans trop de détails sur les modifications que peuvent subir les différentes formes de la paralysie générale sans que la marche de l'amnésie en soit influencée, mais il en est une des plus importantes : c'est la *rémission*.

Tous les troubles somatiques et psychiques peuvent en effet disparaitre, mais l'amnésie ne disparaît jamais. Elle reste là comme un stigmate indélébile du trouble cérébral organique : aussi pour Baillarger la rémission consistait-elle uniquement dans la cessation du délire avec persistance de la démence, dont la dysmnésie est

la caractéristique. En présence de cette persistance, on ne peut donc pas affirmer la guérison, mais simplement la rémission, et par conséquent tôt ou tard le retour des accidents antérieurs.

Si l'amnésie persiste, on doit dire néanmoins que pendant la rémission la mémoire paraît en partie revenue. Comment expliquer ce retour partiel?

Il faut se reporter aux lésions anatomiques et aux troubles physiologiques qui constituent la paralysie générale pour le comprendre. Or ces lésions consistent essentiellement dans des troubles destructifs et congestifs. Les premiers sont fondamentaux et irrémédiables; les seconds sont surajoutés et transitoires. Mais si la congestion peut être passagère, comme autour de toute lésion destructive, quand elle se produit, elle peut être aussi le premier degré de la lésion destructive. Il se passe là ce qui se passe dans l'hémorrhagie cérébrale par exemple. Il y a d'abord congestion, puis foyer hémorrhagique; autour de ce foyer se développe à nouveau un certain degré de congestion, qui exagère tous les phénomènes morbides au début. Il faut attendre un certain temps pour reconnaître exactement ce qui appartient aux lésions destructives et aux troubles congestifs. Il est évident que tous les troubles dépendant de la destruction de la substance nerveuse seront irréparables, tandis que ceux qui dépendent de l'arrêt fonctionnel produit par la congestion, seront régressifs et ne deviendront permanents que si la congestion altère à son tour les éléments nerveux. Le retour apparent de la mémoire dans la paralysie générale s'explique de même très facilement, croyons-nous. A côté de l'amnésie due à la destruction des éléments nerveux et qui, elle, est permanente et progressive, organique et vraie, il y a celle qui

est due à l'arrêt de fonctionnement des éléments avoisinants, par la congestion qui se développe alentour des centres détruits, et qui, elle, est passagère et régressive, fonctionnelle et apparente. Que la congestion vienne à disparaître et avec elle tous les troubles qui en sont la conséquence forcée et on aura une rémission. Mais tous les centres d'images disséminées (la lésion est diffuse) qui sont détruits ne sont pas capables de fonctionner de nouveau et l'amnésie générale plus ou moins profonde en est la conséquence. Dans le domaine de la mémoire motrice, où les images sont placées dans des centres très étendus et très délimités, on ne s'aperçoit guère de ces lacunes, à cause de la dissémination de la lésion, qui n'atteint jamais suffisamment un de ces centres moteurs à la fois en profondeur et en surface pour le détruire complètement et entraîner une paralysie. C'est ce qui nous explique encore que, dans les périodes de rémission, les troubles moteurs paraissent complètement s'effacer tandis que les troubles psychiques restent en évidence.

Tous les auteurs admettent la stratification des souvenirs, bien démontrée, du reste, par leur mode de régression, qui a pu être formulé en loi. Les souvenirs récents semblent occuper les couches les plus superficielles de l'écorce et gagner la profondeur au fur et à mesure que de nouvelles images viennent s'y fixer. Dans la paralysie générale, la lésion étant d'abord superficielle, on conçoit donc que ce soient les souvenirs récents qui soient les premiers atteints et disparaissent. Les couches superficielles de l'écorce étant détruites, d'une façon disséminée il est vrai, non seulement entraînent la perte des images qui y étaient fixées, mais encore sont incapables d'en fixer de nouvelles. Les souvenirs fixés dans les couches

plus profondes sont d'autant plus atteints qne les éléments qui les contiennent sont eux-mêmes placés moins profondément et sont le siège, soit d'une congestion secondaire, soit d'un commencement de destruction. Avant qu'il y ait amnésie organique vraie, il y a donc dysmnésie fonctionnelle. La première n'est qu'un degré plus marqué de la seconde, son aboutissant, mais tandis que la première est irréparable, la seconde est toujours régressive au moins momentanément. Car en réalité tôt ou tard la lésion reprend sa marche progressive et avec elle l'amnésie, qui à chaque poussée devient plus marquée. Aussi l'appréciation de cette amnésie constitue-t-elle la meilleure pierre de touche pour juger de la profondeur et de l'étendue des lésions dans la paralysie générale et, par conséquent, pour porter un pronostic sur la durée probable de la maladie.

Ce serait faire double emploi que de traiter ici le diagnostic de l'amnésie paralytique avec celui de la pseudo-paralysie générale, des démences, de la syphilis cérébrale et des diverses intoxications que nous allons examiner tout à l'heure. Aussi préférons-nous aborder d'abord le *côté médico-légal* de la question.

Nous avons dit que l'amnésie entraînait fréquemment des actes délictueux ou criminels, et que, d'autre part, cette amnésie pouvait se montrer comme premier phénomène de la paralysie générale. En présence de certains actes entraînant des conséquences judiciaires, on devra donc rechercher avec soin l'amnésie qui a pu les provoquer, et éviter ainsi non seulement un châtiment immérité à son auteur, mais un déshonneur difficilement réparable à la famille de ce malheureux. Il n'est indifférent pour personne que des poursuites contre un individu aboutissent à l'interdiction au lieu de la prison,

et malheureusement c'est ce qui n'arrive pas toujours. On pourrait citer bien des exemples de paralytiques généraux condamnés à tort et dont le jugement n'a pu être réformé. Ces actes liés à l'amnésie paralytique ont, nous l'avons déjà dit, certains caractères qui doivent attirer immédiatement l'attention. Ils sont, en général, accomplis d'une façon absurde, et enfantine en quelque sorte. Le paralytique ne se cache pas; quand il vole, c'est aux étalages, et ce qu'il vole ne lui est souvent d'aucune utilité; il prend à tort et à travers des objets de valeur et des objets qui n'en ont aucune. Quand il se livre à des exhibitions obscènes, c'est avec un cynisme absolument inconscient. Certains cependant paraissent agir avec discernement, gaspillant leur fortune dans des spéculations hasardeuses, ou commettant des abus de confiance et des escroqueries.

Si l'on s'en tient à l'acte lui-même, nul doute qu'ils ne soient coupables. Mais si on examine les motifs qui les ont poussés à l'acte, ainsi que la manière dont ils l'ont accompli, on constate vite les lacunes dans le raisonnement, dans le jugement, dans la mémoire. En fouillant dans leur vie, on retrouve à chaque pas des actes inconsidérés, mais absurdes, des oublis inexplicables. Il faut faire avec soin cette enquête, car on ne manquera pas d'opposer à vos dires la simulation possible. Nous allons voir, du reste, ce point tout à l'heure.

Comme autres conséquences de l'amnésie pouvant aboutir à une intervention judiciaire, il faut citer encore les testaments contestés et les assurances sur la vie.

Il peut arriver, en effet, qu'un paralytique général ait fait un testament dans cette période prodromique de la maladie où il a des préoccupations mélancoliques, où il se sent changer et a des idées de mort. Plus tard, avec

l'évolution de la maladie, il oublie de modifier ce testament, et la partie frustrée en attaque la valeur, en se basant sur ce fait que le testateur était déjà malade au moment où il l'a fait. Quoique ce soit toujours une chose fort délicate qu'un diagnostic rétrospectif, surtout quand il a des conséquences aussi pratiques, ce n'est guère que par les troubles amnésiques révélés par l'écriture qu'on pourra y arriver. Nous avons dit plus haut en quoi consistaient ces modifications de l'écriture dès le début de la paralysie générale. Pour mieux en juger, il est toutefois indispensable de ne pas les considérer en eux-mêmes, mais comparativement avec des écrits datant d'une période suffisamment ancienne pour pouvoir affirmer qu'à cette époque le testateur n'était pas encore malade.

Le second point à considérer est celui des assurances sur la vie. Legrand du Saulle cite le cas d'un malade qui lui fut amené à la période prodromique de la paralysie générale par son frère, auquel il manifesta dès lors ses craintes pour l'avenir, malgré sa parfaite santé physique et intellectuelle apparente. Il apprit plus tard qu'une grosse assurance sur la vie avait été prise au sortir de cette consultation dont les conclusions s'étaient vérifiées peu d'années après. L'importance du diagnostic de l'amnésie dans des cas semblables est donc capitale et les médecins commis par les compagnies d'assurances doivent y porter toute leur attention.

Lorsque le paralytique général a commis un acte qui le rend justiciable des tribunaux, il est naturel de penser à la simulation d'un affaiblissement intellectuel, comme certains criminels cherchent à le faire. Mais s'il est relativement facile de simuler une amnésie tempo-

raire, il est presque impossible, même pour des gens en connaissant à fond le mécanisme, de simuler l'amnésie progressive.

Ordinairement le simulateur, obéissant en cela aux préjugés du public, feint d'oublier les souvenirs anciens, alors qu'au contraire ceux qu'il doit oublier sont les plus récents. Quand on fait compter le paralytique général jusqu'à un certain nombre, il commence d'une façon régulière et ce n'est qu'au bout d'un certain temps qu'il se trompe, saute des nombres et s'embrouille. Le simulateur voulant tout de suite prouver son trouble intellectuel se trompe dès les premiers chiffres. De plus, dans les actes ordinaires de l'existence, il se comporte d'une façon toute différente. Son amnésie ne se manifeste que lorsqu'on l'interroge, mais dans ses actes on peut dire *qu'il oublie d'oublier*. Il ne se perd pas quand il va d'un endroit à un autre, il ne néglige pas certains détails de sa toilette, il n'oublie pas l'heure qu'il est, etc., toutes choses qu'un paralytique général ne manque pas de faire dès qu'il présente de l'amnésie.

Enfin il suffit de soumettre l'individu suspect de simulation à l'expectation pour constater que son amnésie ne progresse pas et n'est pas semblable à elle-même d'un jour à l'autre.

La manière dont les paralytiques généraux et les simulateurs se défendent d'un acte qu'ils ont ou prétendent avoir oublié est toute différente aussi. En général, le paralytique ne nie guère l'acte incriminé, contrairement à ce que fait le simulateur. Mais il a oublié les circonstances qui l'ont précédé et suivi. Il ne sait pas comment il était venu à l'endroit où il l'a commis, ni pourquoi il l'a commis. Il s'embrouille dans ses explications, niaises ordinairement, et ne s'étonne

pas de la situation où il se trouve, ne proteste pas de ses bonnes intentions, ne s'indigne pas.

Tout autre est l'attitude du véritable amnésique, de l'épileptique, par exemple. Celui-là dit se rappeler très nettement tout ce qui lui est arrivé jusqu'à un moment donné et à partir de ce moment ne plus savoir ce qu'il a fait, puis avoir repris conscience. Alors, il a été étonné de se trouver dans la situation où il était sans savoir comment il y était arrivé. L'existence de l'épilepsie facilement constatable suffit, du reste, à dissiper les doutes.

Le simulateur raconte simplement qu'il ne se souvient pas de ce dont on l'accuse, et, comme le fait justement remarquer Casper, on doit considérer comme simulateur tout individu dont l'amnésie porte exclusivement sur le fait incriminé, alors que ses facultés intellectuelles sont indemnes pour le reste et qu'il ne présente, d'ailleurs, aucune affection capable d'entraîner l'amnésie. L'amnésie temporaire exclut, du reste, l'idée de la paralysie générale, et c'est seulement lorsque le simulateur veut faire croire à un affaiblissement intellectuel général qu'il y a lieu de se poser la question.

L'existence des pseudo-paralysies générales, syphilitique, alcoolique et saturnine, est trop controversée pour que nous prenions position ici dans le débat. La question au surplus nous importe peu au point de vue de l'amnésie. Que la syphilis, l'alcoolisme, le saturnisme mènent à la paralysie générale vraie, ou affectent une forme qui simule la paralysie générale, ce n'est pas l'étude de l'amnésie qui fera pencher la balance d'un côté plutôt que de l'autre, et qui pourra servir à nous guider dans le diagnostic.

Dans la paralysie générale développée chez un syphi-

litique, l'amnésie présente absolument les mêmes caractères que dans la paralysie générale non syphilitique. Elle est générale, progressive, subit des accélérations sous l'influence des attaques congestives, des attaques apoplectiformes, et ne rétrocède jamais complètement sous l'influence du traitement, même si ce traitement amène une rémission aussi parfaite que possible dans les troubles physiques et intellectuels. Il en est de ces rémissions obtenues par le traitement, comme de celles qui surviennent spontanément dans la paralysie générale vraie, avec cette différence toutefois que les troubles surajoutés à ceux qui sont liés aux lésions destructives sont beaucoup plus marqués et que, par conséquent, lorsqu'ils disparaissent, la restauration de la mémoire paraît beaucoup plus complète.

L'amnésie de la pseudo-paralysie générale est donc une amnésie organique comme celle de la paralysie générale vraie; et les lésions dans les deux cas, affectant d'abord les couches superficielles du cerveau avant de gagner la profondeur, et étant diffuses, la dysmnésie n'a aucune raison pour différer d'allures.

Il est cependant un fait anotomo-pathologique qui en modifie la marche : c'est que les lésions sont plutôt méningées que cérébrales. Par conséquent, les éléments de l'écorce sont plus longtemps arrêtés dans leur fonctionnement seul, au lieu d'être altérés organiquement. La dysmnésie, malgré l'extension et la progression des lésions méningées, reste donc plus longtemps à l'état stationnaire que dans la paralysie générale vulgaire, en même temps qu'elle est également plus sujette à rétrocéder, dès que les lésions méningées sont en voie de régression et rendent ainsi de nouveau possible le fonctionnement des couches superficielles de

l'écorce cérébrale. Tant que la dysmnésie est fonctionnelle, il n'est pas étonnant de la voir disparaître complètement. Du jour, au contraire, où elle persiste après la disparition des autres troubles, on peut affirmer que le cerveau est intéressé, et c'est alors que le degré de la dysmnésie est utile à considérer pour apprécier l'état organique qu'elle révèle.

En résumé, il n'y a aucun caractère propre à distinguer d'emblée la dysmnésie de la paralysie générale syphilitique de celle de la paralysie générale vulgaire, et la différence d'allures entre les deux tient uniquement aux différences des lésions anatomo-pathologiques qui en sont le substratum.

Il en est de même de la paralysie générale qui se développe chez un *alcoolique*, et qui prête aux mêmes considérations pathogéniques que la paralysie générale syphilitique. Nous verrons plus loin à propos de l'amnésie de l'alcoolisme chronique, qu'elle peut en imposer pour un début de paralysie générale. Mais quand à l'amnésie chez un alcoolique se joignent des troubles démentiels et des phénomènes somatiques d'ordre paralytique, l'amnésie ne joue plus qu'un rôle bien secondaire dans l'appréciation exacte du pronostic. C'est le traitement qui est la véritable pierre de touche.

La pseudo-paralysie générale *saturnine* étant encore moins connue dans ses manifestations caractéristiques, si toutefois il en existe, et plus obscure dans son anatomie pathologique, nous nous dispenserons d'en parler ici, l'amnésie ne pouvant nous être, d'ailleurs, d'aucune utilité particulière, soit pour le diagnostic, soit pour le pronostic.

Ce que nous venons de dire de la dysmnésie de la paralysie générale peut s'appliquer à toutes les

démences. Aussi serons-nous très bref sur les démences sénile, alcoolique, épileptique, etc. Nous ne considérerons ici que l'amnésie de la démence sénile qui est le type de l'amnésie lente et progressive survenant sans à coup. Quant à l'amnésie des autres démences, la marche en est influencée absolument de la même manière que dans la paralysie générale : elle progresse en raison directe des lésions organiques, et subit des arrêts ou des rémissions en raison directe également de l'atténuation des troubles fonctionnels surajoutés.

Si nous nous arrêtons sur la démence sénile, c'est dans le seul but d'insister sur la *loi de régression de la mémoire* qui s'observe chez les vieillards, même en dehors de toute démence, et qui a été particulièrement bien mise en lumière par M. Ribot.

Voyons en quoi elle consiste :

1° *Les faits récents disparaissent avant les faits anciens*. Cela tient à ce que la dégénérescence dont les cellules nerveuses sont le siège empêche les impressions nouvelles de s'y fixer d'une manière durable.

Les images nerveuses, au contraire, ayant déterminé des empreintes plus profondes, des associations dynamiques très stables, résistent naturellement davantage ; d'autant plus que, d'après ce que nous avons dit de la stratification des souvenirs, il semble qu'elles soient emmagasinées dans les couches les plus profondes de l'écorce, lesquelles sont atteintes les dernières par la dégénérescence organique qui produit la démence.

On constate facilement cette dysmnésie chez les vieillards dès le début de la démence. Ils répètent plusieurs fois la même chose oubliant l'avoir déjà dite : ils ne se rappellent plus qui ils ont vu la veille ou le matin ; ils perdent la mémoire des noms propres, des

dates, etc., tandis que leurs souvenirs de jeunesse paraissent intacts et le sont en réalité. Aussi est-il naturel qu'ils aiment à en parler, puisque ce sont les plus vivaces et qu'ils se présentent plus nettement à leur esprit.

De cette incapacité à faire de nouvelles acquisitions et à oublier les faits les plus récents résultent une certaine incorrection, un manque de suite dans la conduite, et certains actes contraires aux convenances sociales.

2° Bientôt ce ne sont pas seulement les acquisitions nouvelles qui sont impossibles, les anciennes sont entamées à leur tour. Les connaissances d'ordre intellectuel se perdent peu à peu, *les plus complexes avant les plus simples, les plus abstraites avant les plus concrètes;* les souvenirs disparaissent en descendant vers le passé.

3° *Après les idées s'effacent les sentiments*, non pas, bien entendu, qu'ils commencent à s'effacer après que toutes les idées ont disparu, mais leur disparition est toujours postérieure comme début à celle des acquisitions intellectuelles. Comme le fait remarquer M. Ribot, il peut sembler étonnant que des états aussi vagues que les sentiments soient plus stables que les idées et les états intellectuels en général. Et cependant cela s'explique, si l'on réfléchit que les sentiments sont ce qu'il y a de plus profond, de plus intime, de plus tenace en nous. Nos sentiments moraux sont, en effet, la base de notre caractère, c'est-à-dire de ce qui imprime à notre personnalité son cachet spécial pour chacun de nous. C'est par eux que se traduit notre réaction aux modifications imprimées à notre personnalité par les phénomènes tant extérieurs qu'intérieurs. Oublier nos senti-

ments, c'est donc ne plus réagir à toutes les impressions qui nous assaillent : c'est être diminué dans sa personnalité. L'affaiblissement des sentiments indique donc la désorganisation de notre personnalité.

4° *Les acquisitions qui résistent en dernier lieu ce sont les organiques* qui, comme nous l'avons vu, se traduisent par des actions automatiques secondaires appartenant au domaine de l'inconscient, ou qui ne s'accompagnent en tous cas que d'une conscience minima. Cette activité automatique se manifeste presque jusqu'à la fin quelquefois; les déments continuent, par exemple, à s'habiller, se lever et se coucher, s'occuper à certains travaux manuels dont ils ont l'habitude ancienne, se livrer même à certains jeux qui ne demandent que peu de raisonnement et de réflexion.

Lorsque chez une personne d'un âge avancé, en dehors de tout accident pathologique, ictus congestif, apoplexie, paralysie, etc., on constate une dysmnésie qui progresse de la façon que nous venons d'indiquer on a affaire à de la démence sénile. C'est dire que les troubles psychiques, non seulement ne rétrocéderont pas, mais iront toujours en progressant. La dysmnésie sénile est en effet essentiellement progressive et en général régulièrement progressive, à moins d'accidents cérébraux organiques qui peuvent en accélérer l'évolution, cas du reste fréquent.

En réalité, il n'y a pas de différence entre cette amnésie de la démence sénile et celle de la paralysie générale, au point de vue du mode de la désorganisation psychologique et de ses rapports avec les lésions corticales. La marche seule est différente : rapide dans la paralysie générale, elle est au contraire très lente dans la démence sénile. Le pronostic, en dehors de la

question de temps, ne peut donc se baser que sur les symptômes concomitants à l'amnésie.

Nous nous en tiendrions là au sujet de la dysmnésie progressive des démences, si nous ne devions pas signaler quelques particularités touchant l'amnésie, dans une variété de démence qui est assez fréquente : la démence épileptique.

La *démence épileptique* affecte généralement une forme rémittente et l'on voit des épileptiques qui, après avoir paru pendant plusieurs années incapables de tout rapport avec le monde extérieur, recouvrent, au moins en grande partie, leur intelligence lorsque les paroxysmes, de quelque nature qu'ils soient d'ailleurs, viennent à s'éloigner. Ce fait de rémission des troubles intellectuels tient à la pathogénie même de la démence épileptique. On peut, en effet, lui reconnaître deux causes principales d'après l'état anatomo-pathologique qu'on rencontre à l'autopsie. Dans certains cas on ne trouve aucune lésion anatomique pure. La démence n'est que le résultat de l'épuisement fonctionnel des centres nerveux sous l'influence des paroxysmes réitérés. Dans d'autres cas, au contraire, on rencontre des lésions anatomiques plus ou moins étendues, sclérose, adhérences des méninges, etc., etc., qui expliquent suffisamment la désorganisation psychique par la désorganisation organique.

Mais si, dans le premier cas, nous avons affaire à un trouble fonctionnel, l'amnésie sera également fonctionnelle, c'est-à-dire apparente, et par conséquent régressive. Dans le second, au contraire, où il y a destruction réelle des éléments nerveux, l'amnésie est organique, c'est-à-dire vraie, et par conséquent incurable.

Il y a de plus à remarquer ceci dans la démence

épileptique : à savoir que l'amnésie n'est pas, comme dans la démence sénile, le phénomène capital, frappant dès l'abord l'attention. L'épuisement post-paroxystique porte sur tous les centres cérébraux d'une façon généralisée et non sur un certain nombre plus ou moins grand de points disséminés. Aussi se traduit-il par un affaiblissement, non seulement des fonctions intellectuelles, mais aussi des fonctions motrices et sensitives.

C'est cet affaiblissement général qui frappe l'observateur. D'autre part, tout paroxysme épileptique étant suivi d'amnésie portant sur une période plus ou moins longue, il n'est pas surprenant de voir que, lorsque ces paroxysmes se répètent, ces périodes d'amnésie s'ajoutent les unes aux autres, de sorte que, dans les états de démence épileptique, on peut rencontrer *trois sortes d'amnésies*.

D'abord l'amnésie liée aux paroxysmes, temporaire et permanente ; ensuite l'amnésie fonctionnelle liée à l'épuisement général des centres nerveux qui n'ont pas le temps entre deux paroxysmes de recouvrer leur intégrité, amnésie apparente, générale, progressive et régressive, relativement curable ; enfin l'amnésie organique liée aux lésions corticales qu'entraînent à la longue les paroxysmes épileptiques, laquelle est vraie, générale, progressive, non régressive et incurable.

En somme, au point de vue clinique, l'amnésie dans la démence épileptique n'occupe qu'un rang très secondaire. Aussi l'a-t-on peu relevée et, en raison des rémittences qu'elle offrait, avait-on cru à une conservation relative de la mémoire dans la démence épileptique, contrairement à ce qui existe dans les autres démences. Nous avons vu à quoi tenaient ces rémissions et que lorsqu'il y a démence vraie, c'est-à-dire organique, la

mémoire est aussi altérée que dans les autres démences. Mais, de plus, l'amnésie de la démence épileptique n'attire pas l'attention parce qu'elle se confond avec l'affaiblissement général de toutes les fonctions cérébrales, au lieu de se montrer à l'état en quelque sorte isolé comme au début des autres démences, aussi bien de celle de la paralysie générale que de la démence sénile. Elle n'a donc pas d'intérêt diagnostique. Quant au pronostic, elle n'a guère plus de valeur, car il est impossible, au moins dans l'état actuel de nos connaissances, de savoir si on a affaire à de l'amnésie fonctionnelle ou organique, puisque, même par les autres symptômes somatiques, le diagnostic entre les deux formes de démence épileptique ne se fait guère qu'à l'autopsie.

Nous allons maintenant étudier les dysmnésies liées aux *infections et intoxications chroniques*.

Parmi les infections chroniques, une seule mérite d'attirer notre attention au point de vue qui nous occupe : c'est la syphilis.

Nous avons étudié l'amnésie dans la paralysie générale vraie et dans la paralysie générale syphilitique. Nous avons vu qu'elle ne différait guère d'un cas à l'autre, si ce n'est sous le rapport des rémissions plus fréquentes et plus durables dans le second cas que dans le premier, mais qu'au point de vue du pronostic définitif la conclusion était la même : incurabilité.

Nous allons examiner maintenant l'amnésie liée à la syphilis cérébrale proprement dite. C'est elle que M. le professeur Fournier [1] a désignée sous le nom d'*amnésie*

1. Fournier, *Syphilis cérébrale.*

syphilitique, lequel implique l'existence de caractères spéciaux à cette forme d'amnésie. Nous allons voir si cela est justifié.

C'est dans la première variété de la forme mentale de la syphilis, variété caractérisée par de la dépression intellectuelle, que se rencontre l'amnésie.

Elle se produit de trois façons différentes : 1° le plus souvent c'est un *affaiblissement graduel, progressif* de la mémoire. C'est une dysmnésie qui n'a aucun caractère spécial, qui est générale et obéit à la loi de régression : 2° moins fréquemment l'amnésie survient et s'accroît *par saccades*, à la suite d'ictus congestifs, de crises apoplectiformes ou d'accès épileptiques. Nous devons faire remarquer, comme nous l'avons fait pour la paralysie générale, que, dans ces cas, il y a lieu de distinguer l'amnésie de l'attaque et l'amnésie liée aux phénomènes permanents, l'une étant limitée, et l'autre progressive ; 3° enfin, mais exceptionnellement, l'amnésie complète peut survenir brusquement (*ictus amnésique* de Fournier). Mais, dans les cas cités, la mémoire était déjà affaiblie antérieurement.

En somme, l'amnésie syphilitique n'a aucun caractère psychologique qui permette par son seul examen de porter le diagnostic de syphilis. Il en est un cependant fourni par son évolution sous l'influence du traitement. Quel que soit son mode d'apparition, si on n'institue pas de traitement spécifique, elle progressera fatalement. Par le traitement spécifique, au contraire, on obtient souvent sa régression. C'est donc une dysmnésie à la fois progressive et régressive, par conséquent curable. Cette curabilité sous l'influence du traitement est en même temps une indication pour le diagnostic et le pronostic. C'est, du reste, le cas de presque toutes les

manifestations syphilitiques. L'amnésie de la syphilis cérébrale se distingue en cela de celle de la paralysie générale syphilitique qui est incurable et jamais complètement régressive. Nous avons vu pourquoi ; n'insistons pas.

La pierre de touche dans l'amnésie syphilitique, c'est donc le traitement, et lorsqu'on se trouvera en présence d'un état de dépression intellectuelle avec amnésie progressive, il y aura toujours lieu d'instituer le traitement spécifique. Ce sera le seul moyen de savoir si on se trouve en présence d'une amnésie syphilitique simple ou d'une amnésie liée à la paralysie générale, ordinaire ou syphilitique. Cette dernière offre, en effet, de nombreuses ressemblances avec la syphilis cérébrale simple, car elle est surtout caractérisée au point de vue intellectuel par un état d'hébétude avec excitation, sans cette satisfaction, ce délire mégalomaniaque des vrais paralytiques généraux. Mais, si elle est plus améliorable que la vraie paralysie générale, elle n'est guère plus curable en réalité.

Dans ces cas on a affaire à une amnésie générale parce que les lésions sont diffuses. Or, le plus souvent, les lésions syphilitiques cérébrales sont circonscrites ou du moins partielles. A ces lésions partielles s'ajoutent au bout d'un temps plus ou moins long des lésions banales secondaires. Il faut tenir compte de ces deux facteurs dans la pathogénie de l'amnésie.

En réalité, l'amnésie dite syphilitique est due surtout, lorsqu'elle est générale, à ces lésions banales surajoutées. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'elle n'ait pas de caractères différents de l'amnésie des démences ordinaires, dues comme point de départ à une hémorrhagie ou un ramollissement cérébral.

Localisées, les lésions ne peuvent entraîner que des amnésies partielles, et c'est, en effet, ce qui se passe fréquemment pour la syphilis où l'aphasie et les paralysies par lésions corticales sont très fréquentes. Mais si ces amnésies partielles d'origine syphilitique ont par cela même une plus grande tendance à rétrocéder sous l'influence du traitement spécifique institué à temps, il s'en faut que la restauration *ad integrum* soit la règle. Il en reste toujours quelque chose : ce qui revient, c'est ce qui était sous la dépendance des troubles fonctionnels et congestifs ; ce qui subsiste, c'est ce qui correspond aux destructions des éléments nerveux.

Au point de vue du pronostic, l'amnésie dans la syphilis cérébrale est toujours grave, car c'est dans les formes intellectuelles qu'on a le moins de chances de régression complète. Lorsque la dysmnésie survient, en effet, c'est que la lésion est généralisée, et si, après régression thérapeutique, il persiste des troubles de mémoire, c'est que les lésions ont été destructives et laissent, par conséquent, des épines qui seront le point de départ un jour ou l'autre de nouveaux accidents.

De toutes les *intoxications chroniques*, la plus importante, tant par sa fréquence que par la multiplicité des troubles qui en résultent, c'est l'*alcoolisme*. Nous étudierons ici pour le moment la dysmnésie liée à l'alcoolisme chronique, laissant pour plus tard l'amnésie qui accompagne et suit les accidents aigus de l'alcoolisme, et qui forment deux troubles complètement distincts au point de vue clinique et psychologique. Mais dans l'alcoolisme chronique même, à côté de la dysmnésie progressive qui l'accompagne, il y a lieu de distinguer, croyons-nous, une amnésie temporaire qui est liée aux paroxysmes aigus de l'intoxication : par exemple, à la

suite du delirium tremens. L'amnésie, pendant le délire alcoolique, est un autre côté de la question à examiner et non le moins intéressant au point de vue pratique. L'amnésie peut être constatée chez les alcooliques chroniques comme premier phénomène apparent de leur intoxication. Beaucoup d'alcooliques chroniques ne s'enivrant jamais, le sont en quelque sorte à l'état latent, et, en tous cas, ne songent pas à attribuer à l'alcool qu'ils ingèrent les troubles qu'ils éprouvent, par cette seule raison qu'ils ne boivent jamais jusqu'à l'ivresse. La constatation de l'amnésie peut donc être très utile dans certains cas d'affaiblissement intellectuel pour établir un diagnostic et porter un pronostic. C'est ce qu'on voit par exemple fréquemment chez des gens du monde qui boivent toujours avec excès, soit par habitudes de vie, soit pour s'exciter aux travaux intellectuels, absorbant de l'alcool comme d'autres prennent de la morphine.

Dans ce cas, l'amnésie porte surtout sur les mots et frappe moins les idées. On constate cependant que ces sujets, dont la mémoire est encore en apparence assez bonne pour les notions intellectuelles passées, sont très rebelles à de nouvelles acquisitions de notions abstraites.

De plus, contrairement à ce qui se passe dans les démences organiques, les souvenirs anciens sont plutôt effacés que les récents. C'est un point très important à retenir. Mais ce n'est pas à dire que ce soient les souvenirs les plus anciens qui disparaissent les premiers : ce ne sont que des souvenirs *relativement* anciens. L'explication qu'on peut proposer de cette particularité et que nous ne donnons que comme une hypothèse est la suivante.

L'alcool agit de deux façons sur les centres nerveux.

Il excite momentanément les cellules cérébrales et leur permet, par conséquent, d'emmagasiner certaines impressions que, sans cet excitant, elles seraient incapables de fixer. Or, cette incapacité tient à une altération dynamique, une sorte de torpeur des éléments nerveux, altération qui va augmentant lentement et progressivement, mais qui, à la longue, finit par devenir organique. Cette altération organique provient principalement de la nutrition défectueuse produite par une circulation troublée dans sa régularité par les lésions alcooliques des vaisseaux.

Ces deux ordres de troubles, — excitation et épuisement, — se superposent en même temps. Sous l'influence de l'alcool nouvellement ingéré, les cellules récemment impressionnées, — et où, grâce à l'excitation alcoolique, les images se sont fixées assez vivement, — fonctionnent de nouveau. Mais les images qui se sont fixées autrefois, en dehors de toute excitation alcoolique, ont perdu d'abord leur intensité et lorsqu'est arrivée l'époque où les images ne pouvaient plus se fixer que sous l'influence de l'excitation artificielle produite par l'alcool, cette excitation elle-même n'était pas suffisante pour réveiller ces images trop affaiblies. Tant que l'alcoolique continue à s'alcooliser, l'alcool qu'il ingère ne pourra donc réveiller que les images relativement récentes fixées grâce à l'alcool. Quant aux anciennes, elles sont toutes atténuées aussi loin qu'on remonte, mais on se trouve là en présence de la loi de régression et on constate que les souvenirs tout à fait anciens sont, au contraire, beaucoup mieux conservés que les moins anciens. De sorte que l'amnésie paraît porter sur une période intermédiaire aux souvenirs anciens et aux souvenirs récents. Cela tient tout sim-

plement à ce que les souvenirs récents peuvent être réveillés par l'alcool. Dès qu'on le supprime, on se trouve en présence d'une dysmnésie générale, qui n'a plus rien de particulier, si ce n'est peut-être qu'elle porte plus sur les mots que sur les idées, comme nous l'avons dit plus haut.

Cette dysmnésie est tout d'abord fonctionnelle, et il suffit de laisser l'alcool s'éliminer pour voir la mémoire se restaurer complètement. Il est un caractère sur lequel on n'attire pas l'attention dans l'amnésie des alcooliques et qui apparaît cependant d'une façon très nette dans les paroxysmes délirants qui surviennent au cours de l'alcoolisme chronique et qui en montre bien la nature fonctionnelle : c'est le défaut d'ordre de cette dysmnésie, en réalité progressive cependant.

Nous venons de voir qu'elle semblait déjà échapper à la loi commune par la conservation des souvenirs récents de préférence à de plus anciens. Mais lorsque les troubles intellectuels sont plus accusés, on constate une véritable *incohérence amnésique*. Des souvenirs disparus aujourd'hui réapparaissent demain et réciproquement. C'est tantôt l'amnésie des mots, tantôt celle des idées, tantôt celle des sentiments qui prédomine. Et ce qui frappe plus encore, c'est le défaut de localisation. L'amnésie des alcooliques chroniques est, par excellence, une *paramnésie de localisation et de certitude*, évidente surtout pendant la convalescence. Ils sont incapables de préciser s'ils ont rêvé ou non et à quelle époque se sont passés les faits dont ils retrouvent le souvenir.

L'ordre dans lequel se fait la restauration est très intéressant : c'est d'abord le souvenir du fait lui-même, puis la certitude du fait, enfin sa localisation. Ceci montre que la certitude du fait n'a pas besoin, pour

exister, de sa localisation précise dans le temps. La paramnésie de certitude n'est pas subordonnée à celle de localisation. Et cela se comprend puisque, étant donné un fait, on peut avoir à le localiser ou non, suivant qu'on a la certitude qu'il vous est réellement arrivé ou non. La localisation dans le temps suppose donc au contraire logiquement la certitude. La clinique confirme ici nos présomptions philosophiques.

L'amnésie qu'on observe dans le cours du délire alcoolique est donc essentiellement fonctionnelle et curable, par conséquent, si profonde, si étendue qu'elle soit, lorsqu'on la constate au début. Mais, dès les premiers temps de la suppression, le retour de la mémoire se manifeste, et ce qui frappe à côté de l'amnésie proprement dite, c'est la paramnésie de certitude, à propos des conceptions délirantes. Lorsqu'à de l'amnésie générale on voit s'ajouter de la paramnésie, on peut presque affirmer que la mémoire se restaurera complètement et, dès le début, pronostiquer la guérison.

Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Lorsque l'action de l'alcool a été trop prolongée, il n'y a plus seulement altération dynamique des élément nerveux, il y a lésion organique; et l'amnésie qui en résulte a forcément les caractères de l'amnésie organique, c'est-à-dire qu'elle n'est pas régressive et est, par conséquent, incurable. C'est alors à une véritable dysmnésie que l'on a affaire, dysmnésie progressive, générale, en tout point semblable à celle des démences et en particulier de la paralysie générale.

Elle s'accompagne alors, dans ce cas qu'on a qualifié de pseudo-paralysie générale alcoolique, d'une hébétude intellectuelle et morale semblable à celle de la paralysie générale syphilitique. C'est à elle, tant la ressemblance

est frappante, qu'on doit songer tout de suite en présence d'une dysmnésie progressive quand on a éliminé la paralysie générale vraie et la syphilis cérébrale à forme de paralysie générale ou non.

Toutefois, même lorsque l'alcoolisme chronique revêt la forme de la paralysie générale, il ne faut pas désespérer de la guérison par la seule raison qu'on constate de la dysmnésie régulièrement progressive. La seule pierre de touche est le traitement, la suppression méthodique d'alcool. Souvent alors on verra la paralysie générale alcoolique disparaître. Cela tient à ce que les troubles intellectuels et, en particulier, l'amnésie avec toutes ses conséquences est liée, dans ces cas, non pas à l'altération dynamique des cellules par l'alcool seulement, mais encore par tous les troubles circulatoires et la congestion des méninges.

Cependant il faut être très réservé dans son pronostic avant le contrôle de la thérapeutique, car ces lésions banales, purement congestives et ne réagissant sur les cellules nerveuses qu'au point de vue fonctionnel, peuvent avec le temps devenir destructives de la substance cérébrale : telles sont, par exemple, les adhérences si fréquentes de la pie-mère avec l'écorce cérébrale, ou les petits foyers de ramollissement qui se produisent par suite de la thrombose des artérioles cérébrales sclérosées et athéromateuses. Peu importe alors que l'alcool soit supprimé.

Ces lésions continuent à évoluer pour leur propre compte et entraînent avec elles la démence, démence simple et qui n'emprunte aucun caractère à son origine alcoolique.

Il n'y a pas, dans ces cas, de diagnostic à faire d'après l'amnésie qu'on constate, et ce n'est que par sa tendance

à la curabilité ou à l'incurabilité qu'on peut porter le pronostic dans chaque cas particulier.

En résumé, la dysmnésie dans l'alcoolisme chronique lorsqu'elle est progressive est toujours grave, car si elle peut quelquefois être fonctionnelle, et par conséquent curable, elle est le plus souvent organique et par conséquent incurable.

Seulement on observe ici ce qu'on observe dans la paralysie générale syphilitique et pour les mêmes raisons : des rémissions sous l'influence du traitement. Ces rémissions ne sont jamais complètes qu'en apparence pour la dysmnésie. Il n'y a et il ne saurait y avoir que les troubles fonctionnels qui disparaissent complètement, mais on conçoit que, lorsque les troubles organiques sont encore très limités, ils soient effacés par les autres. Il est cependant très important de ne pas s'en rapporter à un examen psychologique superficiel. De la constatation d'amnésie permanente après la disparition de tous les accidents psychiques et somatiques chez un alcoolique chronique, résulte, en effet, cette conclusion pratique que le cerveau est atteint organiquement et que tôt ou tard les lésions qu'il présente, si légères qu'elles soient pour le moment, évolueront pour leur compte soit spontanément par le fait de la sénilité qui trouvera là un *locus minoris resistentiæ*, soit sous l'influence de nouveaux excès alcooliques ou de toute autre cause capable de donner à ces lésions une nouvelle extension. Si le pronostic immédiat peut être relativement assez bon, le pronostic éloigné est donc des plus sombres. C'est la démence presque certaine.

Il est indispensable de s'enquérir de l'état mental du sujet au moment où il a commencé à boire. Cette enquête, toujours nécessaire quand on se trouve en pré-

sence d'une amnésie, est importante surtout lorsque, comme ici, elle peut appartenir à deux affections dissemblables et de pronostic absolument différent : la paralysie générale et l'alcoolisme chronique. Or il peut arriver, et il arrive en réalité assez souvent, qu'un paralytique général se mette à boire au début de sa paralysie. Si on ne tient pas compte des troubles mentaux et, en particulier, de l'amnésie qu'il présentait avant d'avoir commencé à boire, on croira être en présence d'un simple alcoolique vraisemblablement curable, étant donné le peu d'ancienneté de son alcoolisme. En réalité l'amnésie qu'on constatera sera celle de la paralysie générale et non une amnésie alcoolique. La connaissance exacte de l'évolution de l'amnésie est donc ici de première importance pour le diagnostic et le pronostic.

Nous ne traiterons pas ici la question de l'amnésie temporaire consécutive au delirium tremens, nous réservant de nous en occuper en même temps que de celle de l'ivresse.

Quelques mots maintenant de l'amnésie dans l'alcoolisme chronique au point de vue médico-légal.

D'après ce que nous avons dit, à savoir que dans l'amnésie alcoolique les souvenirs récents sont conservés de préférence aux anciens, il résulte que les sujets ont le souvenir des actes commis par eux et que, si la question de responsabilité se pose, ce n'est pas à cause de l'amnésie qu'ils présentent.

Mais le plus souvent le délit ou le crime a été commis pendant un paroxysme alcoolique, et alors le sujet peut, en effet, ne pas se rappeler ce qu'il a fait. Il ne s'agit plus, dès lors, d'alcoolisme chronique, mais d'alcoolisme aigu, question que nous examinerons plus loin.

Un autre cas peut se présenter : c'est celui où le malade a agi sous l'influence d'hallucinations. Mais ordinairement il en a conservé le souvenir.

Enfin il peut avoir agi pendant la période de démence et, dans ce cas, l'amnésie ne joue pas un grand rôle dans l'appréciation de l'acte. C'est la démence qui est tout.

Dans l'alcoolisme chronique, lorsqu'un sujet a commis un acte sans être en état d'ivresse, de délire ou de démence, il doit être regardé comme un simulateur s'il dit ne pas se rappeler cet acte. On démasque, du reste, cette simulation de la façon dont nous l'avons dit plus haut à propos de la paralysie générale.

Nous arrivons maintenant à des intoxications moins fréquentes et dans lesquelles surtout l'amnésie n'offre ni la même fréquence, ni la même intensité, ni les mêmes caractères et n'a, par conséquent, qu'une importance secondaire. Ces intoxications peuvent être rangées en *deux groupes*, où il y a d'ailleurs dysmnésie progressive, mais avec des différences.

Dans le *premier groupe*, la dysmnésie ne disparaît pas momentanément sous l'influence de l'absorption du toxique ; elle disparaît seulement par sa suppression, à la condition toutefois que son action n'ait été ni trop prolongée, ni trop intense. Telle est la dysmnésie qui se produit à la longue sous l'influence du mercure, de l'arsenic, du plomb, du sulfure de carbone, de la ciguë et de la belladone.

Dans le *second groupe*, les agents toxiques, tout en amenant une dysmnésie progressive, réveillent momentanément la mémoire lorsqu'ils sont absorbés ; et leur suppression la rétablit complètement. Dans ce

groupe se rangent l'opium, la morphine, le tabac, le haschich et le chloral.

Les intoxications du premier groupe nous occuperont peu. L'amnésie n'y a que peu d'importance comparativement aux autres troubles et est, du reste, mal connue. Les cas de dysmnésie due au *mercure* sont rares, et elle ne survient que dans la cachexie. L'amnésie peut s'y montrer d'une façon partielle, sous forme d'aphasie, mais ordinairement c'est à une amnésie progressive qu'on a affaire, amnésie qui disparaît en général par l'élimination du mercure, si toutefois le sujet n'est pas arrivé à la période de cachexie, dans laquelle on constate alors de l'affaiblissement non seulement de la mémoire, mais de toutes les facultés.

Les exemples d'amnésie par *intoxication arsenicale* sont encore beaucoup plus rares.

La dysmnésie qui accompagne l'*encéphalopathie saturnine* est, au contraire, chose commune. Dans certains cas même, étant donné l'hébétude dans laquelle sont plongés les malades, on peut penser à une paralysie générale, et, de fait, on a décrit une pseudo-paralysie générale saturnine, comme on en a décrit une alcoolique. On peut présenter à son sujet les mêmes observations qu'à propos de l'alcoolisme, avec cette différence toutefois qu'elle est moins bien connue, moins bien établie, étant beaucoup plus rare. Par la suppression du plomb, la dysmnésie et le délire qui coïncide parfois avec, peuvent disparaître. Mais le plus souvent il reste un affaiblissement intellectuel qui porte surtout sur la mémoire. Cela n'est pas surprenant lorsqu'on voit les troubles moteurs persister quelquefois indéfiniment chez les saturnins, même soustraits complètement à l'action du plomb. Il est

vraisemblable *a priori* d'admettre que la lésion des centres nerveux n'est pas plus sujette à restauration complète que celle des nerfs.

A côté de la dysmnésie progressive on peut aussi observer une amnésie simple à la suite des accidents aigus du saturnisme. J'en ai moi-même observé un assez beau cas. Le malade atteint d'encéphalopathie aiguë, à laquelle il faillit du reste succomber, sortit peu à peu de l'état demi-délirant et d'hébétude dans lequel il était plongé. Mais il avait perdu le souvenir de sa maladie. Étant donné l'hébétude qui caractérise l'encéphalopathie saturnine, et dans laquelle les malades sont incapables d'attention, il est naturel que les images, se fixant peu dans des cellules cérébrales atteintes organiquement, ne puissent pas réapparaître plus tard, ce qui explique facilement l'amnésie consécutive.

L'amnésie peut aussi se rencontrer dans l'intoxication par le *sulfure de carbone*. Elle peut même y être excessivement marquée, témoin cet ouvrier, cité par M. Marche, qui oubliait l'endroit même où il venait de poser son outil un moment auparavant. Cette dysmnésie se rapproche beaucoup par ses caractères de celle de l'alcoolisme. D'après les observations publiées, elle paraîtrait même plus curable, et la guérison assez rapide par la suppression de l'intoxication.

Nous ne dirons rien de l'amnésie par la ciguë et la belladone qui n'offrent aucun intérêt.

Le *second groupe* a beaucoup plus d'importance à tous égards que le premier. La plus fréquente des intoxications qu'il renferme est, sans contredit, le morphinisme.

Toutes les facultés intellectuelles s'affaiblissent sous l'influence de la *morphinisation* prolongée. La mémoire

se prend la première, souvent de très bonne heure, et en tous cas finit par s'altérer tôt ou tard. Le malade, le remarquant lui-même, augmente sa dose de morphine, et sous cette influence la recouvre momentanément. Mais le moment arrive vite où des doses de plus en plus élevées ne suffisent plus à la maintenir, et où on observe non seulement une diminution relative, mais encore une diminution absolue, qui ne va qu'en s'aggravant. L'ordre dans lequel les souvenirs se perdent est le même que dans les démences : ce sont d'abord les souvenirs récents, puis les anciens qui disparaissent. Au début, cette dysmnésie peut entraîner des erreurs qui pourraient en imposer pour la paralysie générale, n'étaient la connaissance de l'intoxication d'une part, et de l'autre, l'absence de ces actes si spéciaux aux paralytiques, que nous avons mentionnés.

Enfin il est un fait à remarquer. Au lieu de voir immédiatement revenir la mémoire dès la suppression de la morphine, on voit, au contraire ses troubles s'aggraver d'abord. Puis elle se relève et retrouve alors toute sa vigueur.

Le pronostic de l'amnésie morphinique n'est donc pas plus grave que celui de n'importe quel autre trouble morphinique, et il est exceptionnel qu'elle subsiste d'une façon permanente et soit incurable, à moins, bien entendu, que l'intoxication ne continue.

L'intoxication par l'*opium*, le *haschich*, le *chloral* amène une dysmnésie progressive analogue. Toutefois elle en diffère en ce que les troubles de la mémoire ne paraissent plus au premier plan et se confondent avec la faiblesse intellectuelle qui survient en même temps. En outre l'état d'excitation produit par ces substances n'est pas semblable à celui de la morphine. Celle-ci a

pour résultat de maintenir ou de ramener le sujet dans son état normal. Les autres, au contraire, le plongent dans un état spécial, une sorte d'ivresse, qui, tout en exaltant ses facultés, est différent de l'état normal et ne le laisse pas à même d'en tirer un profit pratique comme le fait le morphinomane.

Ces dernières intoxications chroniques, extrêmement fréquentes dans certains pays, sont rares chez nous. On a étudié surtout les intoxications aiguës par ces substances et en particulier par le haschich [1]. A faible dose cette dernière substance excite toutes les facultés. A forte dose elle détermine au contraire l'affaiblissement intellectuel et l'amnésie, mais d'une manière passagère. Par un usage prolongé elle mène à l'abrutissement comme l'opium, et à une véritable démence incurable.

Toutes ces intoxications, en somme, après avoir déterminé de simples troubles fonctionnels, comme le prouve la restauration rapide de la mémoire par le fait de l'abstinence, peuvent aboutir cependant à des lésions cérébrales organiques analogues à celles de la démence et entraînant, par conséquent, des phénomènes irréparables.

L'amnésie qu'elles produisent n'a rien de spécifique et, d'après son examen, on ne peut conclure à sa cause. En outre l'opium, le haschich et le chloral n'agissent pas d'une manière isolée sur la mémoire, ou tout au moins d'une façon prédominante, comme par exemple l'alcool et la morphine. L'amnésie perd donc ici considérablement de sa valeur.

Il n'en est pas de même du *nicotisme*. Le tabac a été réputé de tout temps pour agir d'une façon toute spé-

1. Moreau de Tours, *Le Haschich et l'Aliénation mentale.*

ciale sur la mémoire, et les nombreux travaux qui se sont faits sous l'influence de la Société contre l'abus du tabac ont montré que c'était assez fondé. Les statistiques faites dans les écoles du gouvernement sur les rangs obtenus tant à l'entrée qu'à la sortie prouvent que ce sont ceux qui fument le plus qui ont les moins bons rangs. Mais il y a un coefficient moral dont on ne tient pas compte et qui a cependant son importance. On sait en effet que le besoin d'un excitant intellectuel est l'indice d'un cerveau faible, ou du moins qui, avec ses seules forces normales, ne peut pas donner la somme de travail qui lui est demandée. Il n'est donc pas surprenant de voir que ce soit précisément ceux qui ont besoin de l'excitation du tabac, la plus facile à se procurer et la plus tolérée partout, qui sont en même temps les moins aptes intellectuellement. Il est probable qu'on arriverait à des résultats absolument analogues si on faisait des statistisques semblables sur ceux qui boivent du café, du thé ou de l'alcool pour arriver à remplir leur tâche. De sorte que, s'il est avéré que le tabac cause, lorsqu'on en abuse, des troubles amnésiques et intellectuels, c'est surtout peut-être parce que les sujets qui en font ainsi une consommation exagérée sont des prédisposés.

Quoi qu'il en soit, le tabac peut causer une amnésie à lui tout seul, amnésie essentiellement fonctionnelle et qui disparaît très rapidement par l'abstinence. Elle consiste surtout dans l'oubli des mots, des substantifs, et surtout des noms propres. Il n'y a que très rarement oubli des faits. Parfois, ainsi que M. Ballet en a cité un cas dans sa thèse sur le langage intérieur, cette amnésie peut prendre la forme aphasique. En tous cas ce n'est pas à proprement parler une dysmnésie progressive que

cette amnésie nicotinique. C'est plutôt une amnésie partielle, — puisqu'elle ne porte guère que sur les mots et non sur les faits et les souvenirs complets, — mais en même temps progressive cependant, puisque l'usage continu du tabac l'augmente au point d'arriver à une véritable aphasie.

A côté des intoxications proprement dites, nous placerons le *myxœdème opératoire*. Cette cachexie semble en effet, sous l'influence d'une sorte d'auto-intoxication, indéterminée d'ailleurs. En tous cas le système nerveux est atteint d'une façon très nette, et les myxœdémateux présentent une apathie intellectuelle très spéciale, en même temps qu'une grande difficulté à s'exprimer. Toutes leurs fonctions cérébrales sont ralenties et la mémoire est fortement atteinte. On voit des malades qui perdent le souvenir de langues autrefois apprises et qu'ils savaient encore au moment de leur opération, et j'en ai observé moi-même un cas très net à l'asile Sainte-Anne, chez un jeune garçon qui, à la suite de l'extirpation d'un goître, présenta d'abord divers troubles intellectuels et finit par oublier son métier, la lecture et l'écriture, et même le langage, qui était réduit à fort peu de mots, qu'il prononçait même avec difficulté.

Il en est, du reste, de même dans le *myxœdème non opératoire*.

D'après certaines observations on est en droit d'espérer jusqu'à un certain point une amélioration de cette amnésie et des autres troubles intellectuels, liée du reste à celle du myxœdème. Mais en présence du peu de ressources qu'on a pour traiter le myxœdème on voit combien le pronostic est grave et doit être réservé.

Dans ces cas, il n'y a pas seulement amnésie, il y a impossibilité de fixer de nouveaux souvenirs.

De la cachexie pachydermique se rapprochent toutes les *cachexies* quelle qu'en soit la cause. On sait que, dans la plupart des cas, on observe, au moins à la fin, un affaiblissement intellectuel. On ne peut pas dire à proprement parler qu'il y ait dysmnésie. Aussi nous n'insisterons pas sur ces faits qui n'ont, du reste, aucun intérêt ni théorique ni pratique.

Indiquons cependant la *pellagre* où on a signalé parmi les troubles intellectuels de véritables pertes de mémoire.

Tels sont les cas dans lesquels, par ordre de fréquence, se présentent les amnésies progressives, ou dysmnésies. Le point capital à établir est de savoir si on à affaire à un trouble organique ou fonctionnel, car le pronostic en dépend.

Mais, si nous avons étudié les différents points que cette question comporte quand il s'agit d'adultes, nous n'avons pas parlé des enfants. Toutes ces causes d'amnésies se trouvent, en effet, éliminées d'emblée par le fait seul de l'âge du jeune malade, qui ne permet de songer ni à des démences, ni à des intoxications chroniques. On peut cependant observer des dymnésies chez les enfants, et comme chez l'adulte, elles peuvent être de deux ordres : organiques ou fonctionnelles.

L'amnésie organique est le plus souvent consécutive à la méningo-encéphalite, ou liée à la méningite tuberculeuse. C'est celle qu'on rencontre chez beaucoup d'idiots.

L'amnésie fonctionnelle ne résulte guère que de l'onanisme.

A la suite de la *méningo-encéphalite*, dont les manifestations les plus caractéristiques sont les convulsions,

il reste ordinairement un affaiblissement intellectuel qui va jusqu'à l'idiotie complète. Si la mémoire, touchée comme tout le reste, ne présente pas en apparence les lacunes qu'on rencontre dans l'amnésie des démences, cela tient simplement à ce que les enfants, surpris en bas âge, n'ont que peu d'images à perdre. Ce qui frappe par contre, c'est leur incapacité à fixer de nouvelles images, d'où leur impuissance à apprendre et à se développer intellectuellement et moralement. Mais lorsque l'affection est survenue à un âge assez avancé pour que l'enfant ait eu déjà le temps d'apprendre à lire et à écrire et d'acquérir les notions si nombreuses qu'on apprend dans les toutes premières années de l'existence, on constate, quand il en sort, qu'il a perdu tout ou presque tout ce qu'il savait, et que, non seulement il y a perte des souvenirs, mais qu'il est de plus incapable d'apprendre du nouveau. C'est l'amnésie idiotique.

La *méningite aiguë*, outre l'amnésie du délire, laisse souvent aussi après elle un état de torpeur avec affaiblissement de la mémoire, état qui finit par disparaître en général. On constate également souvent l'amnésie de la convalescence.

Enfin à la période prodromique de la *méningite tuberculeuse* on observe soit de l'excitation, soit plus souvent de la dépression intellectuelle avec faiblessse de la mémoire.

On ne saurait dire dans tous les cas qu'il y a, à proprement parler, dysmnésie. L'affaiblissement de la mémoire n'apparaît pas là comme un phénomène isolé ou prédominant, qui frappe d'une façon spéciale et auquel on rattache les autres phénomènes concomitants. Il fait partie d'un ensemble qu'il sert à constituer,

mais dont il n'est pas plus la caractéristique que n'importe quel autre trouble psychique, qui porterait sur la volonté, par exemple.

En tous cas, si l'on veut considérer ces dysmnésies en elles-mêmes, il faut ajouter qu'elles sont incurables et progressives, après un certain temps d'arrêt apparent. Tôt ou tard, en effet, on observe une nouvelle déchéance intellectuelle qui marche assez rapidement en général et conduit à la mort en s'accompagnant de déchéance physique également progressive, ou en survenant comme conséquence du réveil des anciennes lésions. C'est ce qui se passe ordinairement chez les idiots, où l'on trouve le type de ces amnésies consécutives à des affections cérébrales aiguës, amnésies par conséquent essentiellement organiques.

Lorsque chez un enfant, qui n'a présenté aucun accident nerveux dans son enfance, dont l'intelligence a jusqu'alors été normale, et qui approche de la puberté, on constate un affaiblisssment de la mémoire qui ne paraît rattachable à aucune affection ancienne, ou actuelle, ni à aucun traumatisme, il faut penser à l'*onanisme*. On devra d'autant plus y songer que l'enfant présentera en même temps des troubles du caractère, de l'instabilité mentale, des colères pour des motifs futiles, de la paresse pour apprendre ses leçons, etc., de la dilatation pupillaire, etc. Du reste, il n'est pas surprenant que l'onanisme puisse déterminer ainsi de la perte de mémoire quand on sait que, comme l'a bien montré M. Ch. Féré [1], le spasme cynique est en tous points comparable, toutes proportions gardées bien entendu, à l'accès épileptique. L'épuisement consécutif

1. Ch. Féré, *Les Épilepsies et les Épileptiques.*

est insuffisant en lui-même pour amener l'amnésie. Mais, à la longue, si on ne laisse pas aux centres nerveux le temps suffisant pour réparer leurs pertes, il en résulte un état d'épuisement permanent qui empêche l'accomplissement normal des fonctions intellectuelles et en particulier de la mémoire. Il n'y a pas perte complète de certains souvenirs. Il y a surtout difficulté à retenir de nouvelles acquisitions et effacement plus rapide des anciennes. Par la suppression de l'onanisme, cet état d'épuisement cérébral disparaissant, la mémoire revient des choses autrefois apprises et, avec elle, la possibilité d'en apprendre plus facilement de nouvelles.

C'est donc une dysmnésie progressive fonctionnelle et curable. Elle n'est pas grave en elle-même puisqu'elle guérit rapidement, mais il est important cependant de ne pas la laisser se développer à une période de l'existence où les forces intellectuelles sont très vives, où le cerveau emmagasine un nombre considérable d'images et d'idées, et où il est impossible de regagner le temps perdu, surtout si à l'incapacité de pouvoir apprendre se joint la perte de ce qu'on a appris.

CHAPITRE II

AMNÉSIES A DÉBUT BRUSQUE

Sommaire : Amnésies fonctionnelles. — Amnésie traumatique. — Amnésie partielle. — Etude incomplète des cas anciens. — Variétés de l'amnésie traumatique. — Amnésie simple. — Amnésie rétrograde. — Amnésie antérograde. — Observations. — Amnésie de reproduction. — Amnésie de conservation. — Double amnésie antérograde. — Mode d'apparition. — Diagnostic : Épilepsie; paralysie générale. — Pronostic. — Amnésie simple, amnésie rétrograde, amnésie antérograde. — Traitement. — Diagnostic psychologique. — Médecine légale. — Amnésie épileptique. — Accès, vertige, absence. — Délire épileptique. — Diagnostic. — Pronostic. — Médecine légale. — Utilité de l'amnésie. — Dysmnésie. — Démence épileptique. — Alcoolisme. — Amnésie de l'ivresse. — Amnésie du délire. — *Delirium tremens*. — Délire systématisé. — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement. — Médecine légale. — Simulation. — Chloroforme. — Éther. — Syncope, coma, congestion, apoplexie. — Strangulation. — Submersion. — Amnésie par choc moral. — Mécanisme. — Amnésie hystérique. — Amnésie simple. — Amnésie intellectuelle. — Actes et raisonnements. — Amnésie et mensonge. — Fréquence des états seconds. — États seconds atténués. — Dédoublement de la personnalité. — Mode de début. — Somnambulisme. — Attaque somnambulique. — Folie hystérique. — Attaque hystérique. — Amnésie antérograde de conservation : observations — Amnésie rétrograde. — Combinaisons de l'amnésie. — Amnésie et personnalité. — Mécanisme. — Champ de l'hystérie. — Amnésie antérograde caractéristique. — Diagnostic. — Précaution dans l'examen. — Restauration de la mémoire. — Traitement hypnotique, psychique. — Médecine légale. — Responsabilité. — Accusations imaginaires. — Amnésie de la chorée. — Mécanisme. — Conséquences pratiques. — Chorée chronique. — Amnésie puerpérale, et postéclamptique. — Médecine légale. — Traitement. — Amnésie

par oxyde de carbone. — Diagnostic. — Pronostic. — Mécanisme. — Médecine légale. — Fièvre typhoïde. — Pronostic. — Épuisement nerveux. — Typhus, peste, fièvres éruptives, choléra, cardiopathies, rhumatisme, hémorrhagies, surmenage, inanition, froid et insolation.

APPENDICE : Amnésie partielle. — Multiplicité des mémoires. — Aphasie et amnésie. — Amnésies partielles par suggestion.

Dans ce chapitre nous allons étudier des amnésies purement fonctionnelles, amnésies dites temporaires, mais qui, comme nous l'avons expliqué plus haut, peuvent être transitoires ou permanentes, ces dernières pouvant cependant elles-mêmes disparaître momentanément sous certaines influences, ce qui suffit pour démontrer qu'elles ne sont pas réelles mais apparentes, qu'il n'y a pas destruction mais effacement des images.

Les considérations assez étendues, trop étendues peut-être même, auxquelles nous nous sommes livré à propos du mécanisme de l'amnésie, nous dispenseront d'y revenir ici autrement que pour indiquer sommairement à quel mode appartient chaque variété.

Laissant donc de côté le problème psychologique que soulèvent ces cas et qu'ils servent à résoudre, nous envisagerons tout spécialement l'aspect clinique, c'est-à-dire la valeur séméiologique de ces amnésies au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Nous avons affaire ici, non plus à de la dysmnésie, mais à de l'amnésie au sens vulgaire du mot.

Le type de ces amnésies à début brusque est l'amnésie traumatique, non seulement parce que l'amnésie s'y montre dégagée de toute complication, mais encore parce qu'elle peut présenter à elle seule les trois variétés qu'on distingue dans ces sortes d'amnésies temporaires,

à savoir : l'amnésie simple du fait, l'amnésie rétrograde et l'amnésie antérograde.

Il y a lieu de distinguer trois cas dans l'*Amnésie traumatique :* 1° le traumatisme a déterminé des lésions du crâne et de l'encéphale ; 2° le traumatisme a porté sur le crâne sans y déterminer de lésion ; 3° le traumatisme a atteint une partie quelconque du corps autre que le crâne. Ces trois cas ne sont pas comparables entre eux au point de vue du mécanisme de l'amnésie.

1° Lorsque le traumatisme a causé des lésions du crâne, fracture simple ou fracture avec enfoncement, hémorrhagie produisant une compression du cerveau, ou contusion et même dilacération du cerveau, il y a toujours perte de connaissance avec coma plus ou moins prolongé. Lorsque les lésions sont diffuses il n'y a pas seulement amnésie au réveil, il y a obnubilation de toutes les fonctions cérébrales. Ce n'est pas la mémoire plutôt que toute autre faculté qui est atteinte : tout sombre en même temps. Ordinairement, du reste, le malade succombe à ces traumatismes crâniens, lorsqu'ils sont étendus, ou qui, lorsqu'ils sont restreints, entraînent fréquemment des complications méningitiques ou de phénomènes de compression cérébrale. Si la lésion est localisée et que le malade guérisse, on peut observer à la suite des amnésies partielles, et en particulier l'aphasie. Mais, à côté de cette amnésie partielle dont le mécanisme est facile à comprendre, il existe des faits d'amnésie singuliers et difficiles à interpréter. Tels sont ces cas où des traumatismes cérébraux ont déterminé simplement l'amnésie des substantifs et des noms propres, ou des lieux, ou des figures, du calcul, ou de l'orthographe. Tel perd le souvenir d'une langue, tel autre de la musique. Il est dif-

ficile de comprendre comment un traumatisme, même localisé, peut déterminer de telles amnésies partielles. S'il est exact que la mémoire ait une localisation disséminée, tout souvenir quel qu'il soit semble comporter plusieurs images. Or ce sont elles qui sont disséminées et c'est leur association dynamique qui constitue le souvenir. Si ce sont les images qui sont localisées et non les souvenirs (comme le prouvent les diverses variétés d'aphasie, suivant que telle ou telle image du mot est détruite) on s'expliquerait la disparition d'une même série d'images (visuelles, auditives, etc.) de tous les souvenirs, mais non pas la disparition de tel souvenir particulier dans lequel entrent des images dont les centres sont très éloignés l'un de l'autre et n'ont pu être touchés en même temps par la lésion cérébrale.

Ces cas malheureusement sont rapportés d'une façon très incomplète. On a noté le phénomène le plus curieux, lequel n'est pas toujours le plus intéressant, et on manque de renseignements sur l'état complet des diverses autres mémoires. Il faut toujours se méfier des faits extraordinaires et exceptionnels, qui ne sont souvent que des faits mal observés. Il est bon d'en tenir compte pour les examiner plus soigneusement à l'occasion, mais de ne pas trop en tirer de déductions qui risqueraient un jour de paraître aussi extraordinaires qu'eux.

Passons donc sur ces cas curieux en nous bornant à signaler les difficultés qu'ils soulèvent et portons notre attention sur ceux que l'on rencontre habituellement.

2° Lorsque le traumatisme a atteint le crâne sans déterminer de lésion cérébrale ni même quelquefois crânienne, on peut observer une variété d'amnésie quelconque, mais qui peut tenir, croyons-nous, à deux mécanismes différents. Si le traumatisme a été assez fort,

on peut supposer qu'il a déterminé des phénomènes de commotion cérébrale qui s'accompagnent, on le sait, de troubles circulatoires. Il y a donc là un état physiologique particulier du cerveau, une rupture de l'équilibre fonctionnel qui explique — toute théorie psychologique mise à part — l'apparition de troubles psychiques. Si, au contraire, le traumatisme a été très léger, c'est vraisemblablement à l'émotion morale qu'il faut attribuer l'amnésie.

3° Elle survient dans cette occasion de la même façon que dans le troisième cas, où le traumatisme porte, cette fois, sur un point quelconque du corps autre que le crâne. On ne peut guère s'expliquer le trouble psychique qui survient alors que par l'émotion violente causée par la brusquerie du choc, soit qu'on l'ait prévu et qu'on se le soit exagéré comme on a toujours tendance à le faire, soit qu'on ne l'ait pas prévu et qu'il rompe brusquement la série d'idées et d'actes au milieu de laquelle on se trouve. Ce n'est plus alors à de l'amnésie à proprement parler traumatique qu'on a affaire, mais à de l'amnésie par choc moral. Le mécanisme psychologique est, d'ailleurs, ainsi que nous l'avons vu, identique dans les deux cas.

Ces quelques considérations restreignent singulièrement le champ de l'amnésie traumatique, puisque dans la majorité des cas, — et ce sont précisément ceux-là qui ont été étudiés comme amnésies traumatiques pures, — le traumatisme ne joue qu'un rôle accessoire et que le rôle principal, quelquefois même le seul, est celui de l'émotion morale qui accompagne le traumatisme.

L'amnésie traumatique peut, avons-nous dit, revêtir toutes les formes connues, de toutes les manières possibles. Tout d'abord c'est de l'*amnésie simple*, portant

sur le fait lui-même qui la produit, mais ce n'est pas le cas le plus fréquent. Le plus souvent l'amnésie s'étend, soit en arrière (*amnésie rétrograde*), soit en avant (*amnésie antérograde*). Enfin, dans certains cas, cette amnésie antérograde ne porte pas seulement sur une période de temps plus ou moins longue postérieure à l'accident, mais elle se complique d'une incapacité absolue à fixer de nouvelles images (*amnésie antérograde de conservation*).

L'amnésie peut ne porter que sur l'accident lui-même. C'est ce qui arrive par exemple lorsqu'un individu perd connaissance au moment du choc. — Au réveil, il n'a aucune conscience de ce qui lui est arrivé et se rappelle seulement les circonstances dans lesquelles il se trouvait au moment où l'accident est survenu. Trousseau expliquait cette amnésie de l'accident lui-même par l'état de stupeur immédiate qu'il a désignée du nom d'*étonnement cérébral*. Si pittoresque que soit l'expression, ce n'est pas une explication.

Nous avons vu plus haut comment on pouvait l'interpréter psychologiquement. Dans ces cas on a affaire à de l'*amnésie simple*.

Mais le phénomène le plus curieux et le plus caractéristique de l'amnésie traumatique, c'est le fait qu'elle s'étend sur les souvenirs antérieurs à l'accident lui-même. C'est ce qu'on a désigné sous le nom d'*amnésie rétrograde*, laquelle accompagne presque toujours l'amnésie simple du traumatisme. Nous n'insisterons pas davantage sur son mécanisme psychologique que nous avons assez longuement étudié plus haut.

L'étendue de la période antérieure dont le souvenir est perdu est très variable. Tantôt l'amnésie ne porte que sur les circonstances immédiatement liées à l'acci-

dent. Tel est le cas d'un jeune homme qui, dans un accident de chemin de fer, perd connaissance pendant vingt minutes. En revenant à lui, il ne se rappelle rien de ce qui s'est passé et ignore même être monté en wagon [1].

Ou bien l'amnésie est plus étendue en arrière et comprend plusieurs jours : Un jeune mineur atteint de fracture de la voûte du crâne reste plusieurs jours sans connaissance. L'accident a eu lieu un lundi. Au réveil, il n'a aucun souvenir du dimanche ni du samedi, mais se souvient très bien de l'emploi de la journée du vendredi [2].

Enfin l'amnésie peut porter sur une étendue beaucoup plus considérable et embrasser en quelque sorte toutes les connaissances acquises depuis l'enfance. Tel est le cas d'un clergyman qui, à la suite d'une commotion causée par une chute, resta plusieurs jours inconscient. Revenu à lui, il était dans l'état d'un enfant intelligent, et, quoique d'un âge mûr, il dut recommencer ses études classiques. La mémoire revint graduellement au bout de quelques mois, et il recouvra en quelques semaines sa vigueur et sa culture intellectuelles anciennes [3].

Au lieu que ce soit les souvenirs antérieurs à l'accident qui se trouvent perdus, ce peut être les souvenirs postérieurs, celui de l'accident faisant, bien entendu, toujours défaut. En voici un exemple [4].

M. M., officier de cavalerie, est au manège ; comme il

---

1. J. Bell, *On a form of loss of memory occasionally following cranial injuries.* (*Edimb. Med. Journ.*, 1883.)

2. *Id.*

3. Forbes Winslow, *op. cit.*

4. Féré, *Essai sur l'amnésie traumatique isolée.* Th. Paris, 1881.

montait le sauteur entre les piliers, il est tout à coup projeté en avant, et sa tête porte contre celle de son cheval, sur une boucle de métal qui lui fait une écorchure superficielle. M... tombe. On le relève, et on lui apporte de l'eau ; il se voit assis, puis perd connaissance. Il est trois heures moins dix.

Bien que la perte de connaissance n'ait duré que quelques minutes, c'est seulement à quatre heures que M... reprend connaissance de lui-même, très étonné de se trouver à l'étude en train de faire de l'encre de Chine. On l'envoie alors se coucher à cause d'une forte bosse au front.

Le lendemain matin, M... se réveille dans un état parfaitement normal.

De l'intervalle compris entre trois heures moins dix et quatre heures, M... n'a jamais eu et n'a encore aucun souvenir. Il a oublié aussi qu'il était au manège. Ses camarades lui apprennent qu'il est revenu du manège au dortoir, c'est-à-dire qu'il a parcouru environ cinq cents mètres et monté deux forts étages sans être aucunement soutenu. Il a déposé sa cravache, qu'il avait gardée à la main, a passé ses fausses manches de travail, les a attachées, est descendu en récréation, a mangé et bu. Il est allé ensuite chercher sa planche à dessin, sans la confondre avec celle d'un voisin, et s'est mis à tourner son encre de Chine. A ce moment le professeur lui a parlé et c'est seulement alors que M... a repris possession de lui-même. Les souvenirs personnels ne datent que de ce moment.

M. Rouillard [1] a cité une observation semblable des plus curieuses. Il s'agit d'une sage-femme qui, au

1. Rouillard, *Ann. méd. psychol.*, 1885, p. 39 et 127.

moment où elle descend de chez elle pour aller faire un accouchement chez une de ses clientes habituelles qu'elle connaît bien, fait une chute dans son escalier. Elle perd connaissance, puis se relève et suit le mari de sa cliente. Mais elle présente de l'amnésie rétrograde, car elle ne sait plus de quoi il s'agit, ne se rappelle pas le nom de la malade. On la met au courant. Elle arrive chez la malade. Deux heures après elle procède à l'accouchement, soigne la mère et l'enfant très correctement comme elle le fait d'ordinaire. Après quoi, tout étant terminé, elle est prise de tremblement, ferme les yeux, puis les rouvre et regarde autour d'elle. Elle ne reconnaît personne, ne se rappelle pas comment elle est là, ce qu'elle a fait, etc. ; elle a perdu complètement le souvenir de tous les actes accomplis depuis sa chute jusqu'alors, c'est-à-dire pendant une durée de cinq heures et demie.

On constate deux périodes successives dans cette observation comme dans la precédente. Après l'accident, 1re période où le sujet agit automatiquement et présente de l'amnésie rétrograde; puis une 2e période où il revient à son état normal et a, non seulement l'amnésie rétrograde qu'il avait aussitôt après l'accident, mais de plus de l'amnésie antérograde portant sur toute sa période automatique.

Ici nous avons affaire à de l'amnésie rétrograde et à de l'amnésie antérograde de reproduction, d'après le mécanisme que nous avons établi. Cette dernière porte sur une période bien limitée comprenant en général l'accident.

Cela n'existe pas toujours cependant et l'on peut voir l'amnésie antérograde succéder à un traumatisme, avec conservation du souvenir de ce traumatisme. Il

n'y a pas alors d'amnésie rétrograde. Il semble donc que l'amnésie de l'accident appartienne non pas à l'amnésie antérograde, mais bien à l'amnésie rétrograde. Mais, dans ce cas, ce n'est plus à de l'amnésie antérograde de reproduction, qu'on a affaire. C'est à de l'amnésie antérograde de conservation, à l'impossibilité de fixer de nouvelles images. Tel est le cas cité par M. Motet[1] qui, du reste, n'attire pas l'attention sur cette distinction.

Mme X..., âgée de 30 ans, reçoit sur la tête, à la région occipitale, un coup léger. Quelques minutes après, on s'aperçoit qu'elle a perdu la mémoire. L'amnésie était franche, isolée de toute complication délirante; elle se caractérisait exclusivemnnt par la perte la plus entière du souvenir des faits récents; à deux minutes d'intervalle, la malade avait complètement oublié ce qui venait de se passer sous ses yeux, tandis que les souvenirs antérieurs à l'accident étaient parfaitement conservés. Après quelques jours d'un traitement par le bromure de potassium et les bains, la malade fut prise d'un sommeil profond, prolongé, au sortir duquel la mémoire reparut.

Enfin l'amnésie peut être à la fois rétrograde et doublement antérograde. Tel est le cas suivant de M. Ribot[2]. Un officier étant au manège, et son cheval s'étant abattu, tombe sur le côté droit du corps. Il remonte à cheval, bien qu'un peu étourdi, et continue sa leçon pendant trois quarts d'heure. Cependant il dit de temps en temps à l'écuyer : « Je sors comme d'un rêve! Que m'est-il donc arrivé? » Du reste sa

1. *Union médicale*, 1879, p. 952.
2. Ribot, *Rev. philosophique*, 1880.

parole est libre, et il ne se plaint que de confusion dans la tête. Il a oublié sa chute et tout ce qui s'est passé avant sa leçon de manège; les ordres qu'il a donnés, les personnes qu'il a vues, etc. Chaque fois qu'on lui parle, il croit toujours voir son interlocuteur pour la première fois. En un mot *rien n'existe pour lui que l'action du moment.* Le lendemain, après un sommeil tranquille, la mémoire lui revient pour des faits antérieurs; mais la journée de la veille continue à ne pas exister pour lui. Enfin petit à petit, la mémoire de cette journée se reconstitue, en commençant par les faits les plus éloignés. Ce sujet avait donc de l'amnésie rétrograde, de l'amnésie antérograde de reproduction portant sur une période d'automatisme, pendant laquelle il a présenté de l'amnésie antérograde de conservation.

Il serait oiseux de rapporter ici plus d'observations, même résumées comme celles-ci, qui suffisent à donner une idée des divers types que nous avons en vue. Étudions maintenant les conditions dans lesquelles se présente cliniquement l'amnésie traumatique.

Quelle qu'en soit la forme, c'est ordinairement immédiatement après le traumatisme qu'on la constate. La plupart du temps, du reste, c'est au réveil d'une syncope ou d'un étourdissement, ou d'un état comateux.

Au sortir de ces états, on remarque un état mental un peu particulier. Les malades ont l'air étonné de se trouver où ils sont. Le souvenir de leur accident leur faisant défaut, ils ne comprennent pas, en effet, par suite de quelles circonstances ils sont dans la situation où ils se trouvent. Leur regard est vague, interrogateur. Leur parole est lente, bien que le langage soit correct dans la forme. Ils semblent préoccupés continuellement

de savoir pourquoi on leur adresse la parole et s'étonnent des questions auxquelles ils sont incapables de répondre, ces questions se rapportant à une série de faits dont ils n'ont aucune connaissance; ils sont en même temps surpris des troubles qu'ils constatent dans leur esprit. Ils ont en somme une sorte d'obtusion intellectuelle, d'état subconscient analogue à celui des épileptiques au sortir de leurs accès.

Cet état, qui disparaît assez vite dans les formes où il n'y a pas d'amnésie antérograde de conservation, peut en imposer au premier abord, tant cette ressemblance est frappante, pour de l'amnésie épileptique. Le diagnostic même peut rester en suspens en dehors des commémoratifs, ou si l'on a affaire à un premier accès de mal comital resté jusqu'alors latent. En effet, l'épileptique qui tombe et se blesse présente également de l'amnésie, et on pourrait faire l'erreur de la mettre sur le compte du traumatisme. Mais l'erreur inverse est plus fréquente. Il faut donc se mettre en garde contre elle, car elle pourrait avoir des conséquences préjudiciables au sujet. Ce n'est pas impunément, en effet, tant au point de vue moral qu'au point de vue thérapeutique, qu'on fait craindre à un individu qu'il soit épileptique, et qu'on le traite en conséquence. L'erreur peut se commettre, soit lorsqu'on est appelé près d'un traumatisé amnésique peu après son accident, soit lorsque le sujet n'est frappé que d'amnésie simple, qui est celle qu'on rencontre dans l'épilepsie.

Il est donc indispensable de s'enquérir exactement des circonstances dans lesquelles l'accident s'est produit, s'il y a eu choc externe, ou si, au contraire, la chute s'est faite spontanément et pourquoi elle s'est faite. Il faut remonter dans les antécédents du sujet, et l'obser-

ver pendant assez longtemps avant de se prononcer et d'instituer un traitement qui pourrait être non seulement inutile, mais nuisible.

Il est encore une autre circonstance où une erreur peut être commise : c'est le cas où un traumatisme survient chez un paralytique général non encore reconnu. On peut mettre alors l'amnésie qu'on constate sur le compte du traumatisme, alors qu'elle est symptomatique de la paralysie générale. L'erreur est cependant plus difficile à commettre, d'abord parce que c'est une coïncidence assez rare, et surtout parce que l'amnésie de la paralysie générale a tous les caractères d'une dysmnésie et non d'une amnésie.

Les deux choses peuvent cependant se surajouter et une amnésie traumatique vraie peut survenir chez un paralytique général. Des cas en ont été cités. C'est aux caractères psychologiques qu'il faut s'adresser alors pour distinguer ces deux amnésies et rapporter à chacune d'elles ce qui lui revient.

Ces faits sont fort intéressants au point de vue du mécanisme et des différences psychologiques des amnésies.

Nous en dirons autant de l'amnésie traumatique qui peut survenir chez un alcoolique.

Mais, le plus souvent, on n'est pas appelé à examiner l'amnésique dès le début. Ce n'est que plus tard qu'on apprend ce qui est arrivé par les renseignements indirects de l'entourage. Ce qu'on nous demande surtout alors, c'est de nous prononcer sur la possibilité du retour de la mémoire. Mais, à cet égard, le pronostic est différent suivant les formes d'amnésie auxquelles on a affaire.

Lorsque c'est de l'amnésie simple de l'accident, c'est plutôt pour satisfaire la curiosité du sujet qu'on peut

avoir à donner son avis. Le malade, n'étant pas incommodé de cette lacune dans ses souvenirs, se contente parfaitement des détails qu'on lui a donnés sur ce qui lui est arrivé, et le souvenir de ce qu'on lui a raconté se substitue au souvenir du fait lui-même. Le plus souvent, en réalité, cette amnésie est permanente.

Lorsqu'il y a de l'amnésie rétrograde, et qu'elle porte surtout sur une assez grande étendue de souvenirs, le malade peut avoir, au contraire, intérêt à savoir s'il recouvrera quelque jour sa mémoire complète. D'après les observations des auteurs, la curabilité est très variable. Dans certains cas, l'amnésie rétrograde est permanente. Mais le plus souvent elle disparaît plus ou moins rapidement, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement psychique que nous étudierons plus tard.

La terminaison peut en être brusque ou lente. Quand elle est brusque, c'est souvent à la suite d'un sommeil profond que la mémoire réapparaît. Lorsqu'elle est très étendue et nécessite une véritable rééducation, il est à remarquer que cette rééducation se fait très rapidement. Les souvenirs n'étant pas détruits en réalité, mais simplement inconscients, on conçoit, en effet, qu'ils deviennent facilement conscients, puisqu'ils n'ont qu'à être renforcés.

L'amnésie antérograde de reproduction, portant sur une période de faits postérieurs au traumatisme et bien délimitée, est également assez curable, mais non toujours. Elle a, du reste, moins d'importance que l'amnésie rétrograde, car, contrairement à celle-ci, elle ne porte guère que sur une période très limitée, et sur les faits immédiatement liés à l'accident. Alors même qu'elle persiste, la lacune n'est donc pas assez considérable pour gêner le sujet qui la présente.

Il n'en est pas de même de l'amnésie antérograde de conservation. Quand celle-ci est isolée, elle ne paraît pas cependant durer très longtemps, et disparaît ordinairement à la suite d'un sommeil réparateur.

Mais c'est le cas le plus rare, et généralement elle s'accompagne d'amnésie rétrograde. Elle est étendue alors à une période de temps beaucoup plus longue et indéterminée. Elle peut durer bien davantage et on ne peut pas en prévoir le terme. Toutefois elle est curable, soit spontanément, soit le plus souvent sous l'influence du traitement psychique. Mais si la mémoire redevient possible, ce n'est pas à dire que l'amnésie ne subsiste pas, et de fait toute la période pendant laquelle cette incapacité de la mémoire a persisté reste le plus souvent dans l'oubli; on reconstitue la mémoire, on ne réveille pas complètement les souvenirs qui avaient disparu. Ces cas sont, en réalité, assez rares en tant que d'origine traumatique, et paraissent surtout se montrer sur un terrain hystérique, ainsi que nous le verrons bientôt. Le mécanisme psychologique est, du reste, identique dans les deux cas, mais l'hystérie en favorise certainement sinon l'éclosion, du moins la persistance. Lorsque l'amnésie est essentiellement traumatique, on peut ordinairement porter un pronostic assez favorable, sans pouvoir se prononcer, d'ailleurs, sur la durée que mettra la mémoire à se restaurer, et sur la perfection de cette restauration.

En résumé, on peut dire que le pronostic de l'amnésie traumatique n'est pas grave en général. Ou elle est très peu étendue et persiste sans inconvénient, par suite des renseignements fournis au malade et qui suffisent à combler la lacune, ou bien elle est très étendue en avant et en arrière et devient alors fort gênante dans

les diverses circonstances de l'existence. Ce dernier cas, moins fréquent que le premier, n'entraîne pas l'incurabilité, quoique cependant celle-ci puisse se produire.

Le *traitement* consiste surtout dans le repos du malade. On voit souvent, en effet, l'amnésie disparaître au sortir d'un profond sommeil. Quelquefois la terminaison se fait d'une façon soudaine et l'amnésique croit sortir d'un rêve, plongé qu'il était dans un état subconscient.

Quand on examine les différentes observations d'amnésie traumatique, on voit, en effet, qu'il y a à la suite du traumatisme un état d'inconscience complète ou de subconscience qui explique facilement comment toutes les images perçues pendant cette période sont trop faiblement fixées dans le cerveau pour y être réveillées un jour à l'état de souvenir conscient. S'il se prolonge, comme dans l'amnésie antérograde de conservation, on doit recourir au traitement psychique que nous exposerons plus loin et qui consiste dans une véritable rééducation. Il est, du reste, assez rare qu'on soit obligé d'en arriver là, à moins que ce ne soit sur un terrain hystérique, auquel cas l'amnésie n'est pas plus vraiment traumatique qu'une contracture hystérique survenue à la suite d'un traumatisme.

Quant au *diagnostic* d'amnésie traumatique d'après les caractères psychologiques, il est impossible à établir avec l'amnésie puerpérale, éclamptique ou hystérique, par l'excellente raison que le mécanisme psychologique est identiquement le même dans les trois cas. Ce n'est donc que sur les renseignements étiologiques qu'on pourra se baser, et, en leur absence, les chances de probabilité pour l'une ou l'autre forme varient un peu suivant la variété de l'amnésie.

Dans l'amnésie traumatique, c'est surtout l'amnésie

simple et rétrograde qui se montre. Elle ne porte guère que sur les faits ou le langage, et presque jamais sur la mémoire organique.

Dans l'amnésie puerpérale et éclamptique, l'amnésie est ordinairement plus étendue et présente souvent les caractères de l'amnésie rétro-antérograde de conservation. Elle ne s'accompagne pas généralement de troubles de la mémoire organique. Enfin l'amnésie hystérique, qui revêt également le caractère rétro-antérograde, affecte souvent cette mémoire organique, et l'amnésie porte non seulement sur les faits, mais encore sur les actes automatiques secondaires. Elle prend souvent aussi la forme périodique qui lui est tout à fait spéciale.

Nous avons vu plus haut à quelles erreurs on pouvait être exposé avec l'épilepsie, la paralysie générale, l'alcoolisme, et quels étaient les moyens de les éviter.

Au point de vue *médico-légal*, le principal intérêt réside dans la question des dommages-intérêts que peut réclamer la victime d'un traumatisme qui entraîne pour elle une amnésie considérable, et particulièrement l'amnésie antérograde de conservation, qui la met hors d'état de se livrer à aucune occupation, dont la durée est indéterminée et dont le pronostic doit toujours être réservé.

L'amnésie traumatique empêche, d'autre part, un individu qui a reçu en dehors de tout témoin un traumatisme, soit accidentel, soit criminel, de poursuivre l'auteur responsable ou de donner des indications à la justice.

Maintenant que nous avons vu l'amnésie traumatique,

qui est le type de l'amnésie à début brusque et qui offre en même temps toutes les variétés qu'on peut rencontrer dans les amnésies, nous allons revenir à notre classification séméiologique et étudier successivement l'amnésie simple, l'amnésie rétrograde, l'amnésie antérograde et rétro-antérograde.

Le type de l'amnésie simple, c'est l'*amnésie épileptique*.

L'absence du souvenir de l'attaque est un des caractères les plus importants de l'accès épileptique, quelle qu'en soit la forme, qu'il ait été ou non suivi de stertor, tandis qu'au contraire l'épilepsie partielle s'accompagne toujours de conscience et par conséquent de souvenir.

C'est une amnésie temporaire permanente, car jamais le malade ne recouvre le souvenir d'un accès antérieur. Quant au début de l'amnésie elle varie. Le plus souvent les malades ont le souvenir des prodrômes éloignés de l'accès, de leur aura, et quelquefois même du cri initial. Mais, chez certains, il existe une amnésie rétrograde comprenant des faits récents. C'est, du reste, rare: d'ordinaire l'amnésie porte exclusivement sur les phénomènes survenus et les actes accomplis pendant la durée de l'accès et la stupeur consécutive. C'est donc l'amnésie simple. On peut observer, dans des accès différents, tantôt l'amnésie simple et tantôt l'amnésie rétrograde, et, dans ce dernier cas, il semble que l'amnésie soit en rapport avec l'intensité de la décharge, fait fort intéressant au point de vue du mécanisme de l'amnésie rétrograde, ainsi que nous l'avons vu.

Quoi qu'il en soit, l'amnésie porte sur toute la période d'inconscience, ce qui est complètement en rapport avec le mécanisme que nous avons donné. Pas de per-

ception consciente, pas de souvenir. Ici, l'abolition de la conscience étant complète, au moins pendant l'accès convulsif, il ne saurait y avoir souvenir.

L'inconscience, et par suite l'amnésie, accompagne également le vertige et l'absence. Cette dernière offre pour nous le plus d'intérêt car ses degrés en sont très variables. Tantôt, en effet, le malade, sans se douter de rien, reprend l'occupation qu'il avait commencée et recouvre la conscience complète immédiatement après; d'autres fois, il continue à agir, mais d'une façon automatique, inconsciente pendant plus ou moins longtemps, la mémoire et l'intelligence restant obnubilées. D'autres fois enfin, l'absence est très longue, et constitue alors ce qu'on a décrit sous le nom d'automatisme comitial ambulatoire, lequel est presque toujours épileptique, quoique quelquefois il puisse être hystérique. Dans ces cas les malades peuvent se livrer à une série d'actes parfaitement coordonnés, et en apparence si normaux qu'ils passent complètement inaperçus, jusqu'à ce que, sortant de leur état ils s'aperçoivent avec surprise qu'ils se trouvent dans un endroit inconnu d'eux, dans une ville où ils n'étaient jamais venus, incapables de savoir quel jour ils sont et depuis combien de temps ils ont voyagé, ni ce qu'ils ont fait pendant cette période et comment ils se trouvent là.

Dès qu'ils reviennent à eux, ils perdent tout souvenir de leurs actes pendant toute la durée de l'absence. On s'est demandé, et non sans raison, si on pouvait déduire de cette amnésie l'inconscience des actes accomplis pendant l'absence. Mais pour affirmer la conscience de ces actes, il faudrait pouvoir établir que l'individu n'a pas agi d'une façon absolument automatique, laquelle suppose sinon l'inconscience, du moins la subconscience,

Or nous avons vu, à propos du mécanisme de l'amnésie, qu'au point de vue du résultat pratique un phénomène subconscient ne peut pas plus entraîner un souvenir conscient qu'un phénomène inconscient.

Quant au mécanisme physiologique, M. Féré[1] rapproche cette amnésie de celle qui succède aux excitations violentes, aux traumatismes qui déterminent un épuisement nerveux avec effet rétroactif, ce qui est parfaitement conforme à notre manière de voir.

Il y a lieu cependant de distinguer deux sortes d'amnésie dans l'épilepsie. Dans l'accès convulsif, par exemple, aucune impression ne pouvant être perçue même inconsciemment par les cellules nerveuses, en raison de leur état d'excitation, il ne saurait y avoir d'amnésie réelle, puisqu'il n'y a pas eu d'impression fixée.

Au contraire, dans le petit mal, dans l'épilepsie larvée, les impressions se fixent, mais d'une façon insuffisante pour être conscientes. Elles restent dans le champ de l'inconscient ou du subconscient et ne peuvent pas être réveillées quand le cerveau reprend son fonctionnement normal, lequel se traduit par la conscience des impressions qu'il reçoit.

Le délire épileptique (grand mal intellectuel) et les impulsions épileptiques (petit mal intellectuel) sont également, mais non toujours suivis d'amnésie. Mais lorsque le souvenir revient, outre qu'il est peu net en général, il ne réapparaît guère qu'au fur et à mesure qu'on s'éloigne de l'accès. Il ne revient pas tout d'un coup et jamais complètement. Tamburini cependant prétend que contrairement à l'opinion reçue, le sou-

1. *Les Epilepsies et les Epileptiques.*

venir est conservé dans l'épilepsie larvée [1]. Il y a à noter en tous cas que le souvenir des actes accomplis pendant le délire épileptique n'est pas perdu et peut réapparaître dans des accès subséquents. En effet, comme l'a fait remarquer M. Falret, un des caractères de la manie épileptique, c'est la ressemblance absolue de tous les accès chez le même malade, non seulement dans leur ensemble, mais encore dans chacun de leurs détails. Le même malade exprime les mêmes idées, profère les mêmes paroles, se livre aux mêmes actes.

Les délires hystériques présentent des caractères semblables. Il y a, dans les deux cas, dédoublement de la personnalité, ce qui exclut toute idée d'amnésie absolue, et indique au contraire qu'il n'y a qu'amnésie apparente et périodique.

L'amnésie simple est tellement caractéristique de l'épilepsie, sous quelque forme que le paroxysme se présente, que lorsqu'on la constate on doit immédiatement y songer. C'est pour ainsi dire la seule cause d'amnésie brusque qui, en dehors du traumatisme, puisse se montrer chez de jeunes sujets, avant 20 ans. Elle a une importance toute particulière dans l'épilepsie larvée, et sa constatation en présence d'un acte insolite doit faire rechercher les autres indices capables de révéler l'épilepsie. Nous n'insisterons pas, d'ailleurs, sur le diagnostic de l'amnésie épileptique, lequel se fait immédiatement si on connaît l'existence de cette névrose. Mais si l'amnésie doit toujours faire penser à l'épilepsie elle ne saurait, à elle seule, la caractériser et c'est en fai-

1. Tamburini, *L'amnesia non e carattere costante dell' epilessia larvata*, in. *Rev. Sperim. di freniatria.*

sant le diagnostic de l'épilepsie par l'ensemble des autres signes sur la piste desquels l'amnésie vous met que l'on peut rattacher cette dernière à sa véritable cause.

Le pronostic est des plus simples à formuler : quoique permanente et incurable, l'amnésie comitiale n'a aucune gravité en soi attendu qu'elle ne porte sur aucune période dont le souvenir ait quelque utilité pour le malade, sauf toutefois dans les cas d'automatisme ambulatoire prolongé.

Si elle n'a pas de gravité en elle-même, elle a, par contre, une importance extrême au point de vue médico-légal.

Nous avons déjà dit quelques mots au sujet de l'inconscience des sujets pendant les paroxysmes d'épilepsie larvée. M. Féré est disposé à admettre que l'absence du souvenir ne prouve pas que l'acte oublié ait été inconscient, en comparant l'amnésie épileptique à l'amnésie traumatique *rétroactive*. Mais les deux choses ne sont pas comparables. En effet, l'inconscience ou la subconscience des actes de l'épileptique larvé accomplis pendant un paroxysme commence avec ce paroxysme lui-même, et la période d'amnésie est aussi étendue que celle de subconscience. Dans l'amnésie traumatique, au contraire, les actes accomplis d'une manière subconsciente ne datent que du traumatisme, et, si le choc a déterminé un effet rétroactif d'amnésie, il est évident que les actes oubliés rétroactivement ayant été conscients, mais étant devenus subconscients après coup, ne sauraient être comparés à ceux accomplis après le traumatisme, non plus qu'à ceux accomplis pendant le paroxysme larvé qui en sont le pendant.

Dans ces paroxysmes, les épileptiques agissant automatiquement ne sauraient pas plus être responsables que ceux qui agissent dans le somnambulisme spontané ou hypnotique sous l'influence d'une suggestion, ou encore dans les états seconds hystériques, qui sont, du reste, absolument comparables à l'état second épileptique.

Nous n'envisagerons pas, bien entendu, tous les cas où l'amnésie épileptique peut intervenir en médecine légale, car se serait faire toute la médecine légale de l'épilepsie elle-même. Bornons-nous seulement à deux points. Lorsqu'on se trouve en présence d'un crime accompli dans des conditions bizarres, sans but intéressé, sans motif apparent, avec une violence qui dépasse le but, caractères très habituels mais non spéciaux aux épileptiques, et que le criminel dit ne pas s'en souvenir, il faut d'abord songer à la simulation mais il faut en même temps observer le sujet au point de vue de l'épilepsie. Ce n'est, du reste, que par les phénomènes somatiques qu'on pourra se prononcer.

Dans tous les cas délictueux ou criminels, l'amnésie a donc surtout pour utilité de mettre en garde contre l'épilepsie, dont elle est un signe révélateur.

Mais il est un fait assez curieux à signaler : c'est que c'est surtout dans les cas où l'amnésie épileptique fait défaut qu'elle prend une importance majeure. Or elle peut faire défaut, au moins en partie, pour deux raisons. Nous avons vu que certains épileptiques, et particulièrement les épileptiques larvés, ceux qui précisément commettent le plus fréquemment des actes criminels, peuvent avoir un souvenir assez complet de leurs paroxysmes. On sera donc tenté, si on ne remonte pas dans leur passé pathologique, — et même malgré cela, — d'attribuer à un accès de colère, à un mouvement

passionnel, l'acte incriminé et à en rendre responsable son auteur, alors que la constatation de l'amnésie aurait jeté un jour tout nouveau sur son interprétation.

Mais la seconde raison est bien plus curieuse. On a vu en effet des épileptiques qui, sachant par les conditions qui les entourent que c'est eux qui ont commis l'acte, mais ne comprenant pas pourquoi ni comment, se contentaient de l'avouer sans chercher à l'expliquer, ni à en atténuer les conséquences, se soumettant en quelque sorte, dit M. Féré [1], à la fatalité. D'autres vont plus loin : ils ne se bornent pas à ne pas s'excuser, ils donnent une explication plus ou moins plausible de leur acte, accompli cependant sous l'influence d'une impulsion pathologique. On conçoit que, dans ces cas, il soit difficile de songer un seul instant à déclarer l'irresponsabilité d'un criminel qui avoue son crime et en donne même la raison. Il faut donc connaître la possibilité de ces faits pour ne pas juger sur l'apparence. Ils montrent au surplus ce que l'on doit toujours se rappeler : c'est qu'il n'y a pas de signe pathognomonique en clinique.

Avec le temps, par la répétition des accès, l'épilepsie détermine également de l'amnésie progressive, de la *dysmnésie*. On sait que, sous ce rapport, les formes vertigineuses sont les plus capables d'amener une déchéance intellectuelle rapide. La cause en est vraisemblablement, comme l'admettent plusieurs auteurs, dans ce fait que les accidents vertigineux sont beaucoup plus fréquents que les attaques de grand mal. L'épuisement cérébral, au lieu de se produire d'une façon intense, se

1. Féré, *op. cit.*

produit moins profondément, mais par la répétition il atteint et dépasse ce qu'il aurait été s'il s'était produit d'un seul coup.

La démence épileptique qui arrive plus ou moins rapidement tient aux mêmes conditions banales de toutes les démences. La dysmnésie qu'on y rencontre n'a donc rien de spécial à l'épilepsie, si ce n'est que chaque paroxysme l'accentue en raison de son intensité. Il n'y a donc pas lieu de s'y arrêter.

Nous avons vu que l'*alcoolisme* déterminait à la longue une amnésie progressive qui, d'abord fonctionnelle et disparaissant sous l'influence de l'abstinence, devenait, — si l'alcoolisme passait tout à fait à l'état chronique, — organique et incurable, et pouvait même simuler alors l'amnésie de la paralysie générale.

Mais l'alcoolisme, avant de devenir chronique, présente presque toujours des paroxysmes aigus sous forme d'ivresse, et plus tard d'autres paroxysmes plus graves constituant le *delirium tremens*. L'amnésie qui accompagne ces deux états aigus est une amnésie temporaire, permanente ou non suivant les cas, et qu'il s'agit maintenant d'étudier.

On observe trois périodes dans l'ivresse : excitation, incohérence, coma. On doit distinguer, ce qu'on ne fait pas généralement, l'état de la mémoire pendant et après ces trois périodes.

Dans la première, il y a exaltation de toutes les facultés et hypermnésie. Il est rare que si l'ivresse s'arrête là on ne conserve pas en grande partie le souvenir de ce qu'on a dit et fait pendant cette phase. Mais cependant la mémoire n'est jamais bien précise. Il y a presque toujours des oublis partiels et on apprend avec

stupeur qu'on a raconté certaines choses ou qu'on s'est livré à certains actes dont on a un vif regret, tandis qu'on se rappelle d'autres points quelquefois de moindre importance. Ce qui fait défaut surtout, c'est la certitude d'avoir agi de la façon qu'on se rappelle, et la situation de ses souvenirs dans le temps et dans l'espace. Il y a donc plutôt paramnésie qu'amnésie.

Dans la deuxième période, l'incohérence apparaît dans l'excitation, la volonté disparaît, l'impulsion commande, les illusions et même les hallucinations commencent à se montrer. — Tantôt l'ivresse affecte la forme convulsive avec accès épileptiformes, et tantôt la forme amnésique (Ball). Lorsqu'il se montre des accidents convulsifs, il n'est pas surprenant que l'état d'épuisement qui leur succède amène l'amnésie, absolument comme cela arrive pour l'épilepsie vraie. A la suite de ces attaques épileptiformes, il n'est pas rare de voir survenir de l'aphasie avec hémiplégie droite. C'est alors une amnésie vraie, organique, incurable. Nous n'avons pas à l'étudier ici, car l'étiologie importe peu au point de vue du pronostic, du diagnostic et du traitement, lorsque l'amnésie du langage se montre sous cette forme.

Dans la forme amnésique, l'oubli tient vraisemblablement à une double cause : d'abord à ce que les impressions se fixent mal sur des cellules agissant pour leur propre compte et en état d'excitation, et, d'autre part, à ce que l'épuisement consécutif à cette excitation empêche les images d'être assez vives pour être réveillées. Ce qui le prouve, c'est que parfois lorsque le fonctionnement cérébral a repris son cours normal, le souvenir des faits les plus saillants de cette période reparaît, ordinairement incomplet cependant et quelque-

fois même à l'état de réminiscence, c'est-à-dire qu'il y a de la paramnésie. L'oubli porte plutôt sur les mots, et principalement sur les noms propres, — comme dans l'alcoolisme chronique, — que sur les faits. Les noms propres seuls peuvent être oubliés, comme nous en citons plus loin un exemple.

A l'amnésie simple de l'ivresse se joint parfois un léger degré d'amnésie rétrograde portant sur une courte période de faits immédiatement liés à l'ivresse elle-même.

Enfin l'ivresse peut être suivie d'une amnésie complète de tout ce qui a rapport à elle, lorsqu'elle est arrivée à la troisième période, période de coma ou tout au moins de profond sommeil. Sous aucune influence les souvenirs ne peuvent être réveillés plus tard : c'est là le type de l'ivresse amnésique.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et sous l'influence d'une nouvelle excitation alcoolique, d'une nouvelle ivresse, le sujet recouvre le souvenir de ce qu'il a fait pendant la précédente. C'est un véritable dédoublement de la personnalité qui se produit là, comme dans les cas d'automatisme ambulatoire épileptique. Tel est cet exemple célèbre, cité par Carpenter d'après Combes, d'un ivrogne qui présentait ce singulier phénomène et qui, ayant un jour perdu un paquet pendant qu'il était ivre, dut s'enivrer de nouveau pour se rappeler où il l'avait laissé.

Mais les cas qui se rapprochent le plus de l'automatisme ambulatoire sont ceux où l'alcoolique accomplit pendant l'ivresse tous les actes habituels de sa profession et oublie ce qu'il a fait quand il est dégrisé. Tel est le cas, rapporté par Beard, d'un voyageur de commerce, de New-York, qui, s'étant grisé, fit toute sa

tournée de clients, s'occupa de toutes les commissions qu'on lui avait confiées, et cela pendant quatre jours, et qui, sorti de son état d'ivresse, avait tout oublié et croyait devoir recommencer toute sa tournée.

Nous avons négligé à dessein de nous occuper de l'oubli des illusions et des hallucinations qui peuvent se produire dans la seconde période de l'ivresse, pour ne pas faire double emploi avec ce que nous allons en dire maintenant à propos du délire alcoolique qui n'en est en somme que l'exagération.

Les avis sont très partagés à cet égard entre les auteurs. Le fait est que l'amnésie est inconstante. Quant à savoir dans quels cas et pour quelles raisons elle existe ou n'existe pas, c'est une question bien délicate à résoudre, et qui aurait besoin d'être étudiée avec des documents plus complets que ceux que nous possédons actuellement.

Je crois qu'il y a lieu de distinguer deux catégories de faits. Dans l'une, le malade présente du vrai *delirium tremens* : c'est de l'alcoolisme aigu, l'excitation cérébrale est généralisée et intense; dans l'autre, le malade a un délire systématisé, ordinairement de persécution : c'est de l'alcoolisme subaigu.

Si l'on peut dire de la première forme de délire alcoolique qu'il n'est qu'un rêve (Lasègue), la façon dont se présente l'autre est toute différente.

Dans le premier cas, il y a toute la confusion, toute l'incohérence qu'on rencontre dans le rêve. Le malade est la proie de ses illusions et de ses hallucinations, qui se succèdent avec trop de rapidité, qui apparaissent sous trop d'influences extérieures à lui pour qu'il puisse coordonner, systématiser ses impressions. Quand l'excitation sensorielle et motrice qui en est la conséquence,

tombe sous l'influence du calme, du repos, de l'abstinence, le malade se trouve alors dans les conditions d'un homme plongé dans le demi-sommeil du matin où les impressions réelles luttent contre les impressions imaginaires. Dans cet état hypnagogique on a le souvenir de ses rêves, mais on commence à douter de leur réalité, et, à mesure que le réveil vient, que les sensations extérieures sont normalement perçues, ce souvenir disparaît tout à fait. Il est à remarquer, en outre, que plus un rêve a déterminé de réactions motrices, — comme s'agiter, parler tout haut, etc., — et moins il laisse de souvenirs. Il en va de même dans le *delirium tremens*. Tant que le sujet est sous l'influence de l'intoxication alcoolique aiguë, il divague comme dans un rêve. Quand il entre en convalescence, ses sens reprenant leur fonctionnement normal, il lutte contre les illusions qui l'assaillent encore parfois, les corrige par les impressions réelles qui leur sont contradictoires, et finit par douter de plus en plus de leur réalité. Lorsque la guérison est complète, le souvenir s'efface complètement. Il ne subsiste que pour la période de convalescence, de même que le souvenir de nos rêves correspond à la période hypnagogique que représente pour lui la convalescence; mais la période aiguë est oubliée.

Dans le cas où existe un délire systématisé, les choses ne pourraient se passer de la même façon. L'alcoolique est halluciné et illusionné, comme dans le cas précédent, mais pas avec la même intensité. L'excitation cérébrale est beaucoup moins forte, les réactions motrices sont moins violentes. Les hallucinations et illusions agissent alors comme dans le cas du délire de persécution chronique. C'est la cause seule des hallucinations qui diffère. Mais la réaction intellectuelle est la même.

Le malade les prend pour point de départ d'un délire systématisé qui offre toutefois plus de dangers, car la sphère motrice subit la même influence que la sphère sensorielle et réagit par conséquent plus facilement, d'où la fréquence des crimes et des suicides chez les alcooliques délirants. Tandis que dans le *delirium tremens* la conscience du sujet est réduite à son minimum, ici elle est entière ou peu s'en faut. A mesure que l'élimination de l'alcool se fait, les illusions et les hallucinations diminuant, le malade perd par là même tout prétexte à ses idées délirantes, en voyant qu'elles cessent avec l'abstinence, et il en conclut qu'il s'est trompé.

Mais le délire une fois disparu, le souvenir en subsiste parfaitement et, pour peu qu'une seconde attaque délirante survienne, les malades vous racontent avoir déjà éprouvé tous ces phénomènes. Ceux-ci étant assez intenses pour amener chez eux la conviction qu'ils sont des victimes réelles, ils raisonnent en sens inverse de la convalescence et doutent cette fois de leur première erreur. Les phénomènes de l'attaque précédente reprennent toute leur vraisemblance de réalité et sont un nouvel élément de conviction.

Nous constatons donc que plus la conscience des phénomènes délirants est nette, plus le souvenir est conservé. La même chose s'observe pour les rêves. C'est ceux qui se produisent dans l'état subconscient qui précède le sommeil ou le suit, dont le souvenir persiste le plus. L'amnésie fonctionnelle, ainsi que nous nous sommes efforcé de le démontrer dans le mécanisme de l'amnésie, n'est donc qu'un phénomène d'inconscience ou de subconscience des souvenirs, et le degré de la mémoire est nettement lié à l'intensité de la conscience des perceptions.

Il est des cas où l'amnésie consécutive au délire alcoolique est combinée avec une persistance extraordinaire du souvenir des actes délirants, à la réalité desquels la croyance est inébranlable. Tel est le cas d'un alcoolique qui, pris de délire et arrêté au ministère de l'Intérieur se figurait avoir tué M. Constans et racontait comment il s'y était pris. Quoique sorti de son délire, il conserva le souvenir et la conviction de ces actes, et rien ne pouvait l'en dissuader. Par contre, il avait une amnésie totale des noms propres, même du sien. Il racontait toute sa vie, tout ce qu'il avait fait, mais était incapable de donner un seul nom de ville, de rue, de personnes de connaissance. Cela durait depuis une dizaine de jours déjà quand on m'apprit le fait, et je ne sais ce qu'il est devenu. Il est vraisemblable que la mémoire a reparu pour les noms propres. S'il a conservé le souvenir de son acte imaginaire, tout en se rendant compte de sa fausseté, — le jour où il aura pu la constater et la contrôler, — il est facile de le comprendre par ce fait qu'il en avait gardé la conviction pendant la convalescence, c'est-à-dire que de nouvelles images conscientes s'en étaient fixées dans son esprit.

Le *diagnostic* de l'amnésie due à l'alcoolisme aigu n'a guère l'occasion d'être fait d'une manière isolée. C'est un symptôme qu'on constate toujours accompagné ; ou bien elle est limitée à la période de l'ivresse et n'a d'intérêt à y être rattachée qu'au point de vue de la simulation et de la responsabilité civile, dans le cas par exemple où un acte délictueux ou criminel a été commis par le sujet amnésique. Mais c'est ordinairement par les circonstances qui l'ont précédée qu'on arrive à statuer à cet égard, et non par les caractères

spéciaux de l'amnésie elle-même. Hors le cas d'intervention judiciaire, les médecins n'ont jamais à se prononcer sur elle. Le diagnostic en est fait quand on a fait celui de l'alcoolisme.

Nous avons vu plus haut le diagnostic de l'amnésie de l'alcoolisme chronique qui, elle, a beaucoup plus d'importance, lorsqu'un ivrogne qui subit un traumatisme présente de l'amnésie. Est-ce de l'amnésie traumatique, est-ce de l'amnésie alcoolique? Le cas est le même que pour l'épileptique, et nous avons suffisamment signalé cette question à ce propos-là pour n'y pas revenir ici.

Le *pronostic* de l'amnésie alcoolique n'est pas grave. Ou l'amnésie n'a pas d'importance puisqu'elle ne porte que sur des faits dont le souvenir ne pourrait être que pénible, ou elle disparaît avec l'abstinence. Comme pour l'épilepsie, on pourrait dire aussi que c'est plutôt le souvenir — incomplet d'ailleurs et sous forme paramnésique — qui a des inconvénients. Il peut en effet arriver qu'un sujet, se rappelant vaguement avoir commis un acte répréhensible dont il ne peut contrôler la fausseté, agisse, dans son doute, d'une façon contraire à ses désirs, ou que, d'autre part, ayant commis cet acte et s'en souvenant, on ne l'en rende responsable sous prétexte qu'il a dû être conscient et avoir été commis avant l'ivresse complète.

Dans le *delirium tremens*, la persistance de l'amnésie après guérison complète doit faire craindre des lésions organiques du cerveau, et comporte, par conséquent, un pronostic réservé pour l'avenir, surtout en cas de rechute. Lorsqu'enfin il est survenu pendant un accès épileptiforme une hémiplégie droite avec aphasie, le

pronostic n'est pas différent de celui de l'aphasie elle-même par lésion organique.

L'amnésie alcoolique ne comporte aucun *traitement* particulier. C'est le traitement de la cause, de l'alcoolisme, qui est tout.

Il ne nous reste plus qu'à ajouter quelques considérations *médico-légales.* Les alcooliques commettent fréquemment des actes délictueux ou criminels, soit pendant l'ivresse, soit sous l'influence du délire. Nous venons de voir que, suivant les cas, le malade conserve ou non le souvenir de son acte. Lorsqu'il l'a commis pendant le délire, la constatation est facile, car celui-ci ne cesse pas du jour au lendemain, et, alors même qu'au sortir de son délire il présenterait le souvenir de ce qui s'y est passé, l'existence même de ce délire, sous une forme quelconque, suffit pour se prononcer. Il ne reste que la question des mesures à prendre, pour lesquelles la connaissance de l'amnésie n'est d'aucun poids. C'est donc exclusivement pour les fautes commises pendant l'ivresse que la notion d'amnésie peut intervenir.

La première question qui se pose en face de tout symptôme négatif, comme l'amnésie, c'est la simulation. Nous avons déjà vu comment procèdent ordinairement les amnésiques simulateurs. N'y revenons pas. Disons seulement que souvent les criminels ne simulent pas seulement l'amnésie, mais l'ivresse elle-même.

Au point de vue de la responsabilité civile, quoique nous ayons montré que l'oubli est en raison directe de l'état de la conscience au moment de l'accomplissement de l'acte, il ne saurait en résulter que, sous prétexte

qu'un ivrogne délinquant ou criminel a de l'amnésie complète, il doive être acquitté. C'est surtout sur les circonstances dans lesquelles l'ivresse s'est produite qu'il faut se baser. Or on conçoit que le jugement doive être très différent, suivant que l'ivresse a été purement accidentelle, ou qu'elle est habituelle, qu'elle est impulsive (alcoolisme héréditaire, dipsomanie) ou enfin, ce qui arrive souvent, qu'elle a été recherchée dans le but exprès d'accomplir l'acte criminel pour lequel le courage manquait, sans cette excitation artificielle. Il nous suffit ici de signaler ces points de vue divers auxquels doit se placer le médecin légiste pour éclairer le jury.

Le *chloroforme* détermine une ivresse composée de deux périodes : excitation et dépression avec anesthésie profonde. Cette ivresse chloroformique, tout à fait analogue à l'ivresse alcoolique, laisse comme elle à sa suite une amnésie complète, de même que l'hypermnésie du début est la même dans les deux cas. Seulement l'invasion se fait beaucoup plus rapidement, à moins que la volonté n'intervienne pour résister contre l'influence toxique, comme il advient du reste pour toutes les intoxications aiguës.

L'*éther* détermine une ivresse analogue, et une amnésie consécutive en est la conséquence. De plus, l'intoxication peut être chronique, le sujet devenant éthéromane, et alors des troubles intellectuels et de mémoire semblables à ceux de l'alcoolisme chronique ou de la morphinomanie font leur apparition. C'est alors de la dysmnésie.

Au point de vue de l'amnésie, les ivresses chloroformique et éthérée n'ont guère d'intérêt psychologique.

Leur véritable intérêt est humanitaire ; car elles permettent de supprimer facilement et sans danger la douleur, sans même en laisser le souvenir, chose également importante, le souvenir d'une douleur amenant lui-même un sentiment douloureux.

Au point de vue séméiologique, ces amnésies n'ayant aucun caractère spécifique et étant toujours constatées en même temps que leur cause, méritent uniquement d'être mentionnées.

Il en est de même des amnésies consécutives à la *syncope*, à l'*apoplexie*, aux *comas* de toute origine. Dans ces cas, il y a abolition complète de toutes les fonctions cérébrales. L'amnésie en est la conséquence forcée. Pas de perceptions, pas d'images, pas de souvenirs. C'est ce qui arrive dans la syncope.

Nous avons vu, à propos de la paralysie générale, l'amnésie congestive. Nous n'y reviendrons pas ici, et nous nous occuperons surtout de l'apoplexie par hémorrhagie ou ramollissement.

Dans ce cas outre l'amnésie de l'attaque et des phénomènes qui se sont accomplis pendant sa durée, il y a lieu de considérer l'amnésie qui peut en résulter, si la cause de ces accidents a été une lésion cérébrale : la plus importante est l'aphasie, c'est-à-dire une amnésie partielle. Ces amnésies partielles dépendent uniquement du siège de la lésion cérébrale. Elles se dissipent, s'il n'y a que congestion ; elles persistent et sont des amnésies organiques, vraies, s'il y a destruction des centres nerveux. Tout souvenir comprenant plusieurs images, lesquelles sont disséminées dans des centres divers, on n'a pas affaire à une amnésie générale, mais à une amnésie plus ou moins complète des mêmes

images, dans tous les souvenirs où elles se trouvent comprises. D'après ce que nous avons dit et représenté dans le mécanisme des amnésies, il est facile de comprendre comment certains souvenirs paraîtront beaucoup plus atteints que d'autres, suivant la valeur relative que les images perdues y occupaient. A ce point de vue, l'amnésie peut paraître générale, puisqu'elle atteint un grand nombre de souvenirs. Il n'en est rien cependant, on le voit, puisque tous les souvenirs atteints ne le sont eux-mêmes que partiellement.

Toutefois si l'apoplexie, par exemple, résulte de lésions à tendances progressives, l'amnésie partielle pourra se compliquer d'amnésie générale. C'est ce qu'on voit fréquemment dans l'aphasie, où les lésions athéromateuses généralisées à l'encéphale déterminent un affaiblissement général de toutes les facultés et de la mémoire en particulier, et où leur prédominance en un point spécial a provoqué une lésion destructive irréparable, qui, par sa nature même, contribue encore à accroître singulièrement le trouble diminutif de l'intelligence.

C'est, du reste, dans les cas seulement où une amnésie partielle ou une paralysie surviennent, qu'on peut localiser la lésion cérébrale, et la rapporter, souvent grâce aux autres symptômes, à une cause sinon définie, au moins très probable.

Il est aussi des cas où on a constaté de l'amnésie rétrograde à la suite d'apoplexie. Tel le malade dont M. Brown-Séquard rapporte l'histoire qui, à la suite d'une attaque d'apoplexie, aurait perdu le souvenir des cinq dernières années de sa vie, commençant à l'époque de son mariage et finissant six mois avant son attaque. La connaissance de l'apoplexie hystérique

éclaire d'un jour particulier ces faits, rares du reste, et dont on comprend mal le mécanisme avec une lésion circonscrite. Or, bien souvent la cause de l'apoplexie n'est pas spécifiée ou est erronée dans les anciennes observations. Jusqu'à plus ample informé, je crois donc qu'en dehors de l'amnésie de l'attaque elle-même, du coma ou de la syncope, de l'amnésie partielle et de l'amnésie progressive due à l'extension des lésions primitives, il y a lieu de rattacher aujourd'hui les autres formes d'amnésie, — rétrograde ou antérograde, — qui peuvent leur être consécutives, à des troubles hystériques, ou tout au moins de faire des recherches dans le sens de cette pathogénie.

L'étiologie de l'amnésie, dans ces cas, est donc d'importance majeure, au point de vue du diagnostic et par conséquent du pronostic et du traitement. Nous rentrons ici dans le domaine de la pathologie ordinaire et nous n'avons pas à insister.

Ajoutons que quelquefois l'amnésie, surtout verbale, peut se montrer d'une façon tout à fait passagère, comme prodrôme, même assez éloigné, d'une attaque d'apoplexie et de l'aphasie. Je l'ai moi-même observé plusieurs fois.

Disons un mot aussi de l'amnésie qui peut se produire à la suite de la strangulation et de la submersion. Lorsque la *strangulation* a été volontaire, comme dans le suicide par pendaison, je ne crois pas que l'amnésie ait été signalée. Il n'en est pas de même dans le cas où la strangulation a été criminelle, et où l'amnésie est assez fréquente. L'amnésie peut s'expliquer alors par ce fait que le criminel a d'abord assommé sa victime en la frappant sur la tête, ce qui nous ramène à l'amnésie

par traumatisme crânien : ou bien par suite de l'émotion violente produite par la terreur et qui, à elle seule, comme nous allons le voir tout à l'heure, peut amener l'amnésie. Il peut y avoir amnésie réelle, même rétrograde, mais le plus souvent il y a paramnésie. Cela peut conduire à des erreurs, la victime prenant, par exemple, son sauveur pour son assassin une fois revenue complètement à elle. Il est donc bon d'examiner de près cette amnésie et de contrôler les assertions de la victime qui peut avoir été le jouet d'illusions.

L'amnésie est exceptionnelle dans la *submersion* et doit être vraisemblablement rapportée à la syncope. Il faut aussi tenir compte de l'émotion vive qui se produit lorsque l'individu comprend qu'il va se noyer. Tel est le cas rapporté par M. Ribot [1], d'après Carpenter, et dans lequel il s'agit d'une jeune femme qui, ayant failli se noyer, resta six heures sans connaissance. Quelques jours après, elle tomba dans un état de stupeur qui dura quatre heures et au sortir duquel elle ne reconnaissait plus personne et était privée de l'ouïe, de la parole, du goût et de l'odorat. La vue était conservée, mais la sensibilité tactile était très exagérée. De plus, elle présenta de l'amnésie antérograde de conservation et dut être complètement rééduquée. — N'est-ce pas là tous les symptômes de l'hystérie, et ne doit-on pas plutôt mettre l'amnésie sur le compte de cette psychose que sur celui de la submersion, qui n'a joué qu'un rôle d'agent provocateur ? J'en suis convaincu, et l'étude que nous allons faire maintenant de l'amnésie hystérique va, je l'espère, nous le démontrer.

Avant d'y arriver, disons quelques mots de l'amnésie

1. *Op. cit.*

qui peut survenir à la suite d'une *commotion morale vive*. Ils nous serviront d'introduction.

Tout le monde a pu observer sur soi-même que, sous l'influence de la colère ou de la terreur, on dit ou fait des choses dont on ne conserve pas le souvenir. Ordinairement l'amnésie ne porte que sur quelques points. Mais il peut arriver qu'elle soit complète, comme dans le cas suivant cité par M. Rouillard dans sa thèse.

M. X..., étudiant en droit, d'un caractère emporté, n'ayant pas commis d'excès, pas alcoolique, pas épileptique, voit dans un bal public sa femme insultée par un quidam. Il se met dans une violente colère et donne une vigoureuse gifle à l'insulteur. Il est porté au dehors par le garde municipal, malgré sa résistance, et déposé au pied de la statue du maréchal Ney. Il rentre chez lui, rue Saint-Étienne-du-Mont. C'est là seulement, dans sa chambre, que la conscience lui revient. Il se rappelle la scène du bal jusqu'à la gifle, mais ne se souvient de rien à partir de ce moment et se demande comment il est rentré chez lui. Il apprit le lendemain le détail des événements, mais il n'en a jamais retrouvé le souvenir. Depuis 20 ans il n'a jamais présenté de nouvelle amnésie semblable.

On a comparé cette amnésie à l'amnésie traumatique, l'émotion jouant le rôle d'un traumatisme moral. Elle s'explique assez facilement. On sait, en effet, que dans les états émotionnels intenses on n'a qu'une conscience vague de ce qui se passe et qu'on n'apprécie pas à leur valeur réelle les différents phénomènes qui se déroulent autour de soi. Lorsqu'on revient à soi, on manque donc de points de repère pour préciser son souvenir. Première raison de trouble de la mémoire. De plus, l'émotion est un phénomène qui ne va pas sans des modifi-

cations plus ou moins considérables de la circulation encéphalique, congestion comme dans la colère, ou anémie comme dans la terreur. Or ces troubles, lorsqu'ils sont intenses, amènent également l'affaiblissement de la perception consciente pendant qu'ils existent. Toutes les perceptions acquises pendant cette période seront donc au moins subconscientes. Deuxième raison de l'amnésie, puisque nous avons vu qu'elle était en rapport avec la diminution de l'intensité de l'image.

Le plus souvent, l'amnésie s'arrête au premier degré et il n'y a que paramnésie. Mais l'exemple du Dr Rouillard montre qu'elle peut être complète.

De plus, au lieu d'être temporaire et permanente comme dans ce dernier cas, elle peut être beaucoup plus étendue et guérir. Témoin le cas suivant, rapporté par M. Lunier[1].

Mme L..., 47 ans, cultivatrice. Frayeur vive causée par un combat à quelques pas de sa demeure. Affaiblissement considérable de la mémoire, ne répond que difficilement aux questions les plus simples, ne peut dire ni son nom, ni le mois de l'année où nous sommes, ne sait pas combien elle a d'enfants. Internée à l'asile du Mans. Sortie guérie le 28 février 1871.

Il serait indispensable, dans ces cas, d'avoir un examen plus approfondi de l'état physique et mental des malades pour se prononcer sur la nature exacte de l'amnésie et sur la valeur de l'émotion dans sa production ; tous ces cas se rapprochent de l'amnésie de nature hystérique.

Toutes les amnésies que nous venons d'examiner en dernier lieu ne prêtent guère à des considérations dia-

1. Lunier, *De l'influence des grandes commotions politiques et sociales sur le développement des maladies mentales*, 1874.

gnostiques, pronostiques, thérapeutiques ou médico-légales. Outre qu'elles ne sont pas communes, elles sont mal classées et rentrent tantôt dans une catégorie, tantôt dans une autre. Il n'y a donc pas lieu d'y insister, autrement que pour en faire connaître l'existence et attirer l'attention sur les points qui permettaient de les mieux classer.

On peut observer dans l'*hystérie* toutes les variétés possibles d'amnésie : l'amnésie simple, l'amnésie rétrograde, l'amnésie antérograde et enfin l'amnésie périodique que nous rencontrons pour la première fois. Mais, de même que l'amnésie simple et l'amnésie rétrograde sont plus spécialement l'apanage du traumatisme, l'amnésie antérograde de conservation et l'amnésie périodique, cette dernière surtout, sont celui de l'hystérie. En outre, c'est dans l'hystérie qu'on rencontre tous ces phénomènes de perte partielle de la mémoire organique qui sont si caractéristiques.

L'amnésie simple est un des phénomènes les plus communs mais qui passe en même temps le plus facilement inaperçu dons l'hystérie. Il est cependant facile d'en comprendre la fréquence en se reportant au mécanisme de l'amnésie. Notre rôle n'est pas d'étudier ici le mécanisme psychologique des troubles hystériques qui a été remarquablement exposé par M. Pierre Janet dans son livre sur l'automatisme psychologique. Il a montré comment les anesthésies systématisées, les paralysies, les contractures, les dédoublements de personnalité s'expliquaient par des défauts de synthèse des perceptions, tant extérieures qu'organiques, et par l'automatisme qui en était la conséquence. Or, nous avons vu que l'amnésie dans ses différentes formes n'était

qu'un défaut de synthèse des images passées constituant les souvenirs, défaut qui n'entraînait pas seulement des troubles de la personnalité actuelle, mais surtout de la personnalité passée.

Nous laisserons de côté pour le moment la question du rôle de l'amnésie dans les troubles de la sensibilité et de la motilité (troubles de la mémoire organique) dans l'hystérie, pour nous occuper spécialement de l'amnésie intellectuelle.

Celle-ci est des plus fréquentes et il suffit de la rechercher pour la trouver. Elle explique bien des bizarreries dans le caractère et les actes des hystériques, en particulier leurs fréquentes contradictions et leurs mensonges.

La distraction, par laquelle M. Pierre Janet explique la production d'un grand nombre de phénomènes passagers de l'hystérie, n'est autre chose qu'un défaut de synthèse momentané, tandis que dans l'anesthésie systématisée ou la paralysie, par exemple, il est permanent. Cet auteur a bien montré que des perceptions qui ne paraissaient pas être enregistrées l'étaient néanmoins, mais d'une manière inconsciente, ce dont on peut s'assurer par diverses expériences sur lesquelles je ne veux pas m'étendre ici. Il nous suffit de savoir que, chez les hystériques, il se produit fréquemment des distractions qui entraînent la subconscience ou l'inconscience des perceptions.

Eh bien, ce qui peut se produire dans le domaine de la sensibilité et de la motilité peut se rencontrer également dans le domaine des idées et des souvenirs. De même qu'un phénomène détermine des perceptions d'ordres divers, tactiles, visuelles, auditives, etc., de même une conception, un raisonnement, un jugement

comprennent un nombre plus ou moins grand d'idées et d'expériences antérieures associées. Si un des éléments composants vient à manquer, ces actes psychiques seront défectueux. Or, c'est ce qui arrive souvent chez les hystériques. Ils sont incapables de synthétiser ces idées et ces expériences antérieures — qui existent à l'état d'images dans le cerveau, c'est-à-dire de souvenirs.

Un des éléments absorbe leur attention aux dépens des autres et ce n'est pas toujours, il s'en faut, le plus important. Ce qu'ils voient, c'est le résultat le plus prochain ; et cela se conçoit, car pour prévoir les effets éloignés d'une détermination ou d'un acte, il faut comparer un bien plus grand nombre d'expériences que pour les résultats immédiats. Aussi les hystériques agissent-ils le plus souvent sous l'impression du moment, d'une façon réflexe en quelque sorte, et, lorsqu'ils désirent une chose, ils veulent être satisfaits immédiatement. Lorsque satisfaction leur est donnée, ils passent forcément à autre chose et ainsi de suite. Aussi agissent-ils fréquemment contre leur intérêt, qui serait souvent de faire d'abord un sacrifice à leurs tendances pour atteindre un but plus avantageux ultérieurement. Or cette défectuosité du raisonnement, du jugement, des conceptions tient à ce qu'une partie de leurs expériences passées leur échappe.

D'autre part, dans des circonstances analogues, ils agiront d'une façon toute différente, parce que cette fois le résultat immédiat à obtenir sera conforme au résultat définitif. Ils paraîtront donc continuellement en contradiction avec eux-mêmes dans leurs actes et dans leurs idées, tout simplement parce que, dans les différents cas, la distraction portera tantôt sur une partie, tantôt sur une autre de leurs associations d'idées.

Ils ont en somme une amnésie (ou un défaut de synthèse), momentanée et circonscrite à un groupe d'images qui entrent dans la constitution de leur acte psychique définitif, lequel se trouve ainsi incomplet.

Ce qui se produit dans leurs actes et leurs déterminations se produit également dans leurs souvenirs. Ils oublient fréquemment ce qu'ils ont fait ou dit, alors même qu'ils auraient tout intérêt à se le rappeler. Lorsqu'ils nient dans ces circonstances, on ne manque pas alors de les accuser de mensonge. Ils ne mentent pas cependant ; ils oublient ce qui est.

Que ce défaut de synthèse, au lieu de porter sur certains souvenirs isolés, porte au contraire sur une longue période, nous aurons affaire à un état second, dans lequel on ne songera nullement à les taxer de menteurs, parce qu'ils ne se souviennent pas de leur état prime. En réalité les deux phénomènes sont absolument identiques, et la différence dans les deux cas ne porte que sur l'étendue de l'amnésie. Pourquoi dire mensonge dans un cas et oubli dans l'autre ?

Or ces états seconds limités à de très courtes périodes sont extrêmement fréquents dans l'hystérie et expliquent bien des troubles du caractère. Nous avons vu plus haut que le dédoublement de la personnalité, qui constitue l'état second, se produisait par le même mécanisme que l'amnésie, et n'était autre chose en réalité qu'une amnésie systématisée. Dans ces cas, tout ce qui est automatique secondaire n'est pas ou est peu modifié, et la différence ne résulte que de la lacune qui existe dans les souvenirs conscients. Or, il arrive très fréquemment qu'on voit tout à coup une hystérique changer d'allures, agir d'une façon automatique évidente dans tous les actes ordinaires de la vie qu'elle continue à accom-

plir convenablement, devenir en même temps irascible, plus sombre ou, au contraire, plus excitée, présenter en un mot des changements dans l'aspect général qui font dire à l'entourage : « Nous ne savons ce qu'elle a depuis tel jour, elle est toute changée. » Puis un beau jour, à la suite d'une crise, ou d'une impression vive quelconque, elle change de nouveau de caractère et d'allures et revient à son état habituel. On met tout cela sur le compte d'une contrariété, d'une bouderie, du mauvais caractère, et on ne va pas plus loin. Mais, si on cherche au delà, on constate presque toujours que le sujet ne se rappelle plus certaines choses qu'il a dites ou faites pendant cet état, qu'il les réprouve comme en étant incapable, qu'il les regrette souvent à cause des inconvénients qui peuvent en résulter pour lui. Bref, il a une amnésie souvent très prononcée de cette période. C'est un véritable *état second atténué*, dans lequel l'amnésie n'est pas aussi totale, aussi complète que dans les grands états seconds décrits sous le nom de dédoublement de la personnalité. Ils en diffèrent aussi par un caractère intéressant, l'absence de périodicité. Mais ce n'est encore là qu'une question de degré, car on sait quelle est la tendance à la périodicité qu'affectent les phénomènes hystériques passagers. Or ces états seconds atténués sont fréquemment des équivalents psychiques d'attaques, et qui peuvent comme elles se montrer périodiquement ou, au contraire, apparaître sous l'influence d'une émotion ou de toute autre cause déterminante accidentelle.

Nous retrouvons ici l'émotion, le trouble moral comme cause d'amnésie. Et si nous nous rappelons les doutes que nous avons formulés à propos de l'amnésie par traumatisme moral en dehors de l'hystérie, nous

voyons qu'ils se confirment. Ils le feront davantage encore plus loin.

Les troubles périodiques du caractère des hystériques doivent donc, selon moi, être considérés comme des états seconds atténués, lesquels ne sont autre chose que des amnésies moins systématisées que celle dont nous allons maintenant parler.

Il s'agit, en effet, maintenant de ces faits connus sous le nom de double conscience, de dédoublement de la personnalité, ou encore de vigilambulisme, et dont la fameuse Felida X. de M. le Dr Azam [1] est un type classique. Le Dr Dufay [2], Macnish [3], en ont rapporté d'autres exemples. Le Dr Jules Voisin [4] a cité un cas remarquable, déjà rapporté par M. Camuset [5] et par MM. Bourru et Burot, où il y avait trois personnalités différentes, chacune avec amnésie complète de toutes les autres. M. Proust [6] en a signalé un nouveau cas.

Je n'ai pas l'intention de rapporter ici ces observations, même résumées. Elles sont, d'ailleurs, dans tous les recueils et trop connues aujourd'hui pour les rappeler encore. Ces cas se résument, d'ailleurs, à ceci que le sujet passe alternativement de son état normal, état prime, dans un second état, état ou condition seconds.

Au point de vue de l'amnésie, deux cas peuvent se présenter. Tantôt les deux personnalités sont absolument distinctes : le sujet second a une amnésie

---

1. Azam, *Ann. méd. psychol.*, 1876. — *Rev. scientifique*, 1876.
2. Dufay, *Rev. scientifique*, 1876.
3. Macnish, *Philosophy of sleep*, 1830.
4. J. Voisin, *Ann. méd. psych.*, 1886, et *Arch. de neurol.*, 1885.
1. Camuset, *Ann. méd. psychol.*, 1882.
2. *Tribune médicale*, 1890.

complète du sujet prime, et le sujet revenu à l'état prime une amnésie complète du sujet second. Ou bien, le sujet second a le souvenir du sujet prime et de tous les états seconds antérieurs, mais c'est le sujet prime qui a de l'amnésie pour tous les états seconds. De sorte qu'en réalité c'est l'état second qui est le plus complet. Il en résulte que, tantôt le sujet n'a que les connaissances acquises depuis son état second et tantôt il jouit de toutes celles acquises antérieurement, tant dans le domaine des idées que dans celui des faits. La mémoire organique peut être atteinte : il y a, à la Salpêtrière, une jeune fille qui, paraplégique dans son état prime, est parfaitement ingambe dans son état second. Les mêmes modifications portent sur la sensibilité.

Ces changements de personnalité, avec amnésie de la personnalité précédente et souvenir de toutes les personnalités de même ordre, se produisent ordinairement brusquement. On observe un peu de pâleur, ou un clignement des yeux ; ou quelquefois c'est une phrase, toujours la même, qui indique le passage dans le nouvel état, ou un acte quelconque automatique. Ou bien, c'est une attaque convulsive, syncopale, léthargique, au sortir de laquelle on constate l'état second. Je crois qu'il n'est plus douteux pour personne que ces dédoublements de personnalité soient de nature hystérique, alors même qu'auparavant le sujet n'en ait présenté aucun phénomène. Ce qui importe, d'ailleurs, c'est le mécanisme par lequel le fait se produit ; or, le mécanisme de l'hystérie est identique à celui de ces dédoublements. Il en est de même, du reste, des autres cas que nous allons passer en revue et où c'est toujours le même mécanisme — que nous avons exposé pour l'amnésie

fonctionnelle — que l'on rencontre. Si l'on répugne à donner à tous les troubles que nous allons étudier l'épithète d'hystériques, il n'en reste pas moins que, leur mécanisme étant le même et se rencontrant d'une façon typique dans l'hystérie, on est quelque peu autorisé à lui donner, à lui tout au moins, ce qualificatif.

L'analogie est complète entre les états seconds au point de vue de l'amnésie et ce que l'on observe dans le somnambulisme soit naturel, soit hypnotique. Ces états sont de véritables états seconds, de véritables dédoublements de la personnalité, dans lesquels le sujet conserve dans la condition seconde le souvenir de la condition prime, et perd dans celle-ci le souvenir de la condition seconde, qui est ainsi la plus complète. En outre, comme pour les états seconds atténués, dans lesquels un certain degré de mémoire est conservé dans l'état prime, on observe aussi des somnambules par hypnose qui conservent un souvenir vague de leur période somnambulique.

Le mécanisme de l'amnésie après le somnambulisme naturel ou provoqué est identique à celui de l'état second hystérique. Le somnambulisme nocturne n'est qu'un rêve mimé et parlé [1]. On sait qu'il est exceptionnel de se souvenir des rêves où l'on a parlé tout haut. De parler haut à agir, il n'y a qu'un pas. Le somnambule le franchit. Les images du rêve sont assez intenses pour déterminer l'acte, tandis qu'à l'ordinaire elles sont trop confuses, trop indécises, pour y arriver. Quand le sujet parle en rêve, cela prouve déjà que l'image a une certaine intensité. Dans le rêve *agi*, cette intensité est plus grande, voilà tout. Mais dans l'état

1. Mesnet, *Arch. gén. de méd.*, 1860.

de sommeil nous sommes réduits à l'automatisme complet, à ce qu'on a désigné sous le nom de cérébration inconsciente. Tous les actes auxquels nous nous livrons sont automatiques et inconscients. C'est une seconde personnalité qui agit. MM. Féré et Binet [1] admettent avec raison un *moi* somnambulique dans l'hypnose. Ce second *moi* existe aussi bien dans le somnambulisme spontané. Ils comparent, du reste, l'état intellectuel du somnambulisme à celui de certains rêves, où le dormeur intervient d'une façon active et fait preuve de jugement, de sens critique, quelquefois même d'esprit et de volonté. Or, d'après ce que nous avons dit des rapports entre l'amnésie et l'inconscience des images, — à propos du mécanisme, où nous avons cherché à montrer que, plus un acte était conscient, plus on pouvait en réveiller le souvenir, — il est facile de comprendre que tous les actes du somnambule étant accomplis pendant un état inconscient ou subconscient, ils soient incapables d'être rappelés pendant la veille à l'état de souvenirs, tandis qu'au contraire, dans des états somnambuliques nouveaux, ils pourront l'être.

C'est, en effet, ce qu'on observe dans le somnambulisme hypnotique, où les sujets se souviennent très bien de ce qu'ils ont fait dans leurs autres périodes somnambuliques. Ce qui montre, en outre, l'identité du somnambulisme naturel et du somnambulisme hypnotique, c'est qu'un somnambule naturel qu'on peut plonger par l'hypnotisme dans le somnambulisme se souvient de ce qu'il a fait pendant son accès de somnambulisme naturel. La seule différence entre les deux, c'est que l'un est provoqué par le sommeil naturel, et

1. Féré et Binet, *Le Magnétisme animal.*

l'autre par le sommeil hypnotique. Or, les deux sommeils ont pour résultat de plonger le sujet dans un état second où l'automatisme règle tous les actes psychiques et par là même somatiques. Le fait même d'obtenir des réponses en interrogeant le sujet n'est pas spécial au somnambulisme hypnotique et peut se rencontrer dans le somnambulisme naturel.

A côté du noctambulisme, il faut distinguer l'état qu'on a désigné sous le nom de somniation spontanée (S. Frank), qui est lié toujours à un état pathologique, hystérie ou épilepsie. Ses caractères sont, du reste, identiques à ceux du noctambulisme, sauf qu'elle se produit spontanément en dehors du sommeil naturel. Mais, comme il est fréquent de voir par la suite l'hystérie se développer, on pourrait se demander si ce ne sont pas tout simplement des attaques de somnambulisme hystérique, plutôt qu'une névrose spéciale. C'est celui qu'a décrit M. Mesnet, sous le nom de somnambulisme naturel.

En tous cas, il existe dans l'hystérie une autre variété de somnambulisme, sur laquelle M. Charcot a attiré l'attention et que M. G. Guinon [1] a étudiée dans un travail d'ensemble. Il s'agit de sujets manifestement hystériques, qui tombent tout à coup dans un état somnambulique, dont tous les accès sont stéréotypés au point de vue des paroles, des gestes, des actes. Les accès de ce genre sont en tous points comparables à la phase passionnelle de l'attaque hystérique, à laquelle ils se mêlent parfois. Mais, au lieu de se montrer pendant ou à la suite de cette attaque, ils la constituent tout entière. Nous avons vu de quelle façon peu pré-

1. G. Guinon, *Les Somnambulismes.* (*Prog. médical*, 1891.

fonde la personnalité était entamée dans ces cas. Ce qui caractérise surtout ce somnambulisme, c'est que dans l'état second le sujet est délirant.

C'est un point important à relever, car ces accès de somnambulisme postérieurs à une attaque peuvent durer quelquefois très longtemps, des semaines et même des mois. Ils constituent alors le tableau de ce qu'on décrit sous le nom de folie, de manie hystérique, dont un des caractères est l'amnésie presque complète ou même complète au sortir de l'attaque, contrairement à ce qui se passe en général dans la manie franche, tandis que la mémoire est souvent exaltée pendant l'accès lui-même pour tout ce qui lui est antérieur.

Cette question de l'amnésie consécutive à l'attaque somnambulique nous amène tout naturellement à l'amnésie de l'attaque hystérique convulsive, quelle que soit la forme qu'elle affecte. Les hystériques perdent complètement le souvenir de leurs attaques convulsives. Ils se souviennent fort bien des prodromes et de la façon dont ils sont tombés. Mais tout ce qu'ils ont fait depuis le moment de leur perte de connaissance est oublié. Il en est de même, du reste, des phases passionnelles et délirantes, avec cette différence toutefois qu'on peut souvent en réveiller le souvenir par l'hypnotisme. Sous ce rapport, les deux premières phases ne sont pas non plus complètement perdues, car on peut les faire reproduire par la suggestion hypnotique. D'ailleurs, la régularité et l'identité des attaques entre elles montrent bien qu'il y a des associations dynamiques très fortement établies entre les différents phénomènes qui se développent toujours dans le même ordre chez le même sujet.

Nous en arrivons maintenant à une forme d'amnésie qui n'a guère été jusqu'ici rattachée à l'hystérie et qui cependant nous paraît être, par son mécanisme, essentiellement de nature hystérique. Il s'agit de l'amnésie *antérograde de conservation*, accompagnée le plus souvent d'amnésie rétrograde.

Nous avons publié, le Dr Séglas et moi, une observation très détaillée d'un cas de ce genre, dans lequel nous avons cherché — pour la première fois, je crois, — à montrer l'analogie qui existait entre les différents phénomènes d'amnésie du domaine intellectuel et ceux du domaine organique et automatique secondaire que présentait la malade et l'analogie de ces phénomènes avec ceux de l'hystérie.

Voici l'observation résumée de cette malade. C'est un cas d'autant plus intéressant que la mémoire était atteinte dans son ensemble, les souvenirs automatiques secondaires étant eux-mêmes perdus [1].

Cette femme, née d'un père suicidé et d'une mère paralysée, avait eu autrefois, dans sa jeunesse, quelques phénomènes nerveux consistant dans une boule qui lui remontait à la gorge. Accouchée le 24 août 1889, elle eut un abcès iliaque qu'on dut lui ouvrir au bout de deux mois. Dans les premières semaines après l'accouchement elle eut des visions et, une quinzaine de jours après l'ouverture de l'abcès, elle commença à perdre la mémoire. Elle ne reconnaissait pas son fils et ne se rappelait pas ce qu'elle avait fait dans la journée. Elle eut même un délire complet, dans lequel elle se plaignait des jambes, des bras, de la tête, et qui

1. Séglas et Sollier, *Folie puerpérale. Amnesie, astasie et abasie.* (*Arch. neurologie*, 1890, n° 60.)

s'accompagnait de secousses générales. Le bout des doigts était insensible et elle était incapable de rien tenir dans les mains. Elle avait des sortes de crises épileptiformes. Après une amélioration qui lui permit de s'occuper de nouveau de son ménage, son état s'aggrava, et elle fut placée à la Salpêtrière. On constate alors qu'elle présente de l'astasie et de l'abasie classiques, avec diminution de la sensibilité dans tous ses modes aux membres inférieurs. Elle a des hallucinations de l'ouïe et de la vue. Elle a complètement perdu le souvenir de son accouchement et de tout ce qui a suivi, sauf de la période d'amélioration et de deux visites faites à M. A. Voisin et qui l'avaient fortement impressionnée. Elle ne sait pas l'époque de l'année, ni le jour de la semaine. Elle ne sait qu'à peu près son âge, ne se rappelle pas la date de son mariage, ni celle de la naissance de son premier enfant. Elle a, par contre, conservé la mémoire visuelle des endroits où elle le menait régulièrement, en particulier de sa pension, ainsi que les gares de la ville où elle était. Le temps actuel lui paraît très long, tandis qu'elle raccourcit le temps passé. Cette malade, qui avait été couturière, avait complètement oublié ce qu'elle savait en fait de couture, et ne faisait plus pour coudre qu'une série de mouvements incoordonnés. La durée de la persistance des images nouvelles était très courte, et ne dépassait guère un quart d'heure. Elle oubliait au fur et à mesure tout ce qu'elle avait fait, dit, vu ou entendu.

Notre malade avait donc, en résumé, de l'amnésie rétrograde très étendue, de l'amnésie antérograde de conservation, de la perte de la mémoire organique et des mouvements automatiques secondaires, avec prédominance de la mémoire visuelle.

Peu à peu, sous l'influence d'un traitement presque exclusivement psychologique, elle s'améliora très sensiblement, et finit par guérir complètement au bout de six mois environ. Je me permettrai de rapporter complètement ici ce qui y a trait dans notre communication ; cela me dispensera d'insister plus loin à propos du traitement psychique des amnésies analogues. C'est, du reste, au point de vue de la rééducation, un cas assez rare et qui, sous ce seul rapport, offre beaucoup d'intérêt pratique.

« Ce traitement a consisté surtout, soit pour réveiller les anciens souvenirs, soit pour fixer les nouveaux, à donner à chacune des impressions une ténacité plus grande, en s'adressant aux images sensorielles que la malade avait conservées, soit en les prenant isolément, soit en les associant à d'autres images susceptibles de réveiller les premières, et en tâchant, d'un autre côté, de rendre chacune de ces images plus stables, soit par leur répétition, soit en augmentant la durée et l'intensité par la fixation de l'attention de la malade ou l'éveil à leur propos d'émotions différentes.

« Nous ne pouvons entrer ici dans tous les détails du traitement ; nous nous contenterons de rapporter quelques exemples qui feront mieux comprendre les règles que nous venons d'exposer.

« Pour la marche, par exemple, nous avons d'abord tâché de réveiller les images motrices par des mouvements passifs reproduisant ceux de la marche. Mais il ne faut pas oublier que ces acquisitions automatiques secondaires doivent aujourd'hui rentrer dans le domaine de la conscience pour que la malade puisse marcher à nouveau. Aussi, faut-il attirer son attention et la fixer, — ce qui est facile, vu son désir extrême de mar-

cher, — sur les mouvements de la locomotion. Étant donné que les images les plus nettes qu'elle ait actuellement sont les images visuelles, c'est à celles-là qu'il nous a paru bon de nous adresser tout d'abord, en lui recommandant de regarder les mouvements de la marche chez les autres personnes, ceux qu'elle accomplit lorsqu'elle simule la marche assise, lorsqu'on lui fait marquer le pas, etc... De cette façon, les images visuelles et motrices s'associent pour rendre à la malade le souvenir des mouvements de locomotion, et le résultat sera encore plus favorable, grâce à la répétition fréquente de cette gymnastique particulière.

« Pour ce qui est du cas de la mémoire intellectuelle, la marche que nous avons suivie a été la même. Pour permettre à la malade de garder le souvenir des événements nouveaux, nous avons cherché à fortifier les images sensorielles. Parfois, nous nous sommes adressés à ces images prises isolément.

« Inutile de s'adresser alors aux images auditives, ayant pu constater maintes fois que, chez la malade, les représentations auditives étaient des plus instables; peut-être même en a-t-il été toujours ainsi chez elle.

« Il en est de même des images motrices qui seules, ou même associées aux précédentes, sont impuissantes à créer un souvenir. C'est ainsi que la malade n'a jamais pu retenir un mot (le jour de la semaine, par exemple) tant que nous nous sommes contentés de le lui dire et de le lui faire répéter à haute voix, même en l'épelant. Les images visuelles, qui sont les moins atteintes et paraissent toujours, d'ailleurs, avoir été prédominantes, ont pu par cela même donner de meilleurs résultats si on s'adressait à elles. Pour lui faire retenir une date, par exemple, nous la lui montrions écrite sur un papier,

en nous assurant que la sensation visuelle avait assez *duré* pour que la malade ait à la suite une perception nette et consciente. Une interrogation au moment même et la réponse qui la suivait pouvaient nous renseigner à ce sujet.

« D'un autre côté, nous nous attachions à augmenter *l'intensité* de l'image visuelle en l'associant à une émotion. Si, par exemple, elle lisait une date, le mot jeudi, nous lui annoncions en même temps pour ce jour la visite de sa famille à laquelle elle est très attachée. Si nous lui faisions lire notre nom, nous lui donnions en même temps l'espérance d'une prompte guérison.

« Pour assurer la reviviscence des souvenirs, il nous a paru souvent préférable de nous adresser en même temps à plusieurs images sensorielles, de façon que, par suite de cette association, si l'une d'elles s'effaçait, une autre pût suffire pour réveiller ce souvenir. Tout d'abord, accordant toujours à la vision la priorité, nous avons montré à la malade un papier coloré, portant inscrit ce dont nous voulions qu'elle se souvînt. La vue était donc impressionnée de trois façons, par le papier, par la couleur, par l'inscription. Souvent il est arrivé, surtout au début, que l'image seule du papier persistait, et c'est cela même qui nous a donné l'idée de tripler ainsi l'impression visuelle. Nous avons eu, d'ailleurs, la satisfaction de voir la malade retenir ainsi beaucoup mieux et le souvenir de la couleur du papier réveiller celui de l'inscription. Pour aller plus sûrement, nous avons même fait souvent épeler et lire à haute voix l'inscription du papier coloré, introduisant ainsi pour ce souvenir deux nouvelles images, une auditive, l'autre kinesthétique. Nous croyons avoir atteint ainsi un maximum d'intensité pour une seule impression,

surtout en y associant encore une émotion comme nous l'avons dit plus haut.

« Tous les souvenirs acquis par ces procédés étaient autant de points de repère pour classer les souvenirs récents. Nous avons déjà parlé de cette sorte de journal que nous faisions tenir par la malade qui écrit, sur un papier divisé en colonnes correspondant chacune à un jour, les faits nouveaux ou marquants de chaque journée.

« En ce qui regarde les souvenirs anciens, nous nous sommes servis des points de repère conservés, et, en forçant la malade à raisonner d'après ces bases, nous lui avons fait localiser d'autres faits dont l'époque restait indécise. Nous avons essayé de fixer ces derniers dans sa mémoire comme précédemment et nous lui avons créé ainsi de nouveaux points de repère, en même temps que nous fortifiions les anciens, et ainsi de suite.

« Nous avons déjà dit plus haut les résultats obtenus par ces procédés d'expérimentation et de thérapeutique psychologique. Si la mémoire n'est pas encore intégralement restaurée, au moins l'amélioration est-elle assez notable pour justifier à la fois et notre diagnostic et l'opportunité du traitement. »

Ce cas est loin d'être unique, bien qu'il ne soit pas des plus communs. En voici trois autres que M. Ribot rapporte dans son livre et dont je lui emprunte l'excellent résumé. Il s'agit toujours de sujets manifestement hystériques, il faut le remarquer.

« La première observation, rapportée par le docteur Mortimer Granville, est celle d'une femme de 26 ans, hystérique, qui, à la suite d'un travail excessif, fut prise d'une crise violente avec perte complète de conscience. Quand la conscience commença à revenir, les

dernières idées saines, formées avant la maladie, se mêlaient d'une manière bizarre aux nouvelles impressions reçues, comme dans le cas où l'on sort lentement d'un rêve. Assise sur son lit près de la fenêtre, pour voir les passants dans la rue, la malade appelait tous les objets mouvants « des arbres en marche », et quand on lui demandait où elle avait vu ces choses, elle répondait invariablement « dans l'autre évangile ». En un mot, dans son état mental, l'idéal et le réel ne se distinguaient pas. Ses souvenirs étaient indistincts, et, en ce qui concerne un grand nombre de choses ordinaires qui constituaient le fond principal de ses pensées avant son attaque, sa mémoire était nulle. Les idées immédiatement antérieures à la maladie semblaient avoir si bien saturé son esprit, que les premières impressions qu'elle reçut en étaient tout imprégnées, tandis que l'enregistrement de l'*avant-dernier* travail cérébral était pour ainsi dire oblitéré.

« Par exemple, quoique cette femme gagnât sa vie en donnant des leçons, elle n'avait aucun souvenir d'une chose aussi simple que ce qui sert à écrire. Si on lui mettait une plume ou un crayon dans la main, comme on aurait pu le faire dans celle d'un enfant, ils n'étaient pas saisis, même par action réflexe. Ni la vue, ni le contact de l'instrument n'éveillaient d'association d'idées. La plus parfaite destruction du tissu cérébral n'aurait pas effacé plus complètement les effets de l'éducation et de l'habitude. Cet état dura quelques semaines. La mémoire de ce qui avait été oublié fut recouvrée lentement, péniblement, sans nécessiter cependant une rééducation aussi complète que dans le cas qui va suivre. »

« La deuxième observation, due au professeur Sharpey,

est l'un des exemples les plus curieux de rééducation qui aient été décrits. Il s'agit encore d'une femme de 24 ans, de complexion délicate, qui pendant six semaines environ fut prise d'une tendance irrésistible à la somnolence. Cet état s'aggrava de jour en jour. Vers le 10 juin, il devint impossible de l'éveiller. Elle resta ainsi pendant deux mois. Pour la nourrir, on portait à ses lèvres une cuiller; elle avalait; quand elle était rassasiée, elle serrait les dents et éloignait la bouche. Elle paraissait distinguer les saveurs, car elle refusa obstinément certains mets. Elle eut quelques courts moments de réveil à de rares intervalles. Elle ne répondait à aucune question, ne reconnaissait personne, sauf, une fois, une ancienne connaissance qu'elle n'avait pas vue depuis douze mois. Elle la considéra longtemps, cherchant probablement son nom. L'ayant trouvé, elle le répéta plusieurs fois en lui serrant la main; puis elle retomba dans son sommeil. Vers la fin d'août, elle revint peu à peu à son état normal.

« Ici commence le travail de sa rééducation. En revenant de sa torpeur, elle paraissait avoir oublié presque tout ce qu'elle avait appris. Tout lui semblait nouveau. Elle ne reconnaissait pas une seule personne, même ses plus proches parents. Gaie, remuante, inattentive, charmée de tout ce qu'elle voyait ou entendait, elle ressemblait à un enfant.

« Bientôt, elle devint capable d'attention. Sa mémoire, entièrement perdue en ce qui concerne ses connaissances antérieures, était très vive et très solide pour tout ce qu'elle avait vu et entendu depuis sa maladie. Elle recouvra une partie de ce qu'elle avait appris autrefois, avec une facilité très grande dans certains cas, moindre dans d'autres. Il est remarquable que, quoique

le procédé suivi pour recouvrer son acquis, ait paru consister moins à l'étudier à nouveau qu'à se le rappeler avec l'aide de ses proches, cependant, même maintenant, elle ne paraît pas avoir conscience, au plus faible degré, de l'avoir possédé autrefois.

« D'abord, il était impossible d'avoir avec elle une conversation. Au lieu de répondre à une question, elle la répétait tout haut textuellement, et pendant longtemps, avant de répondre à une question, elle la répétait tout entière. Elle n'avait à l'origine qu'un très petit nombre de mots à son service ; elle en acquit rapidement un grand nombre ; mais elle commettait d'étranges erreurs en les employant. Cependant en général, elle ne confondait que les mots qui avaient ensemble quelque rapport. Ainsi pour « thé » elle disait « sauce » (et elle employa longtemps ce mot pour les liquides) ; pour « blanc » elle disait « noir » ; pour « chaud », « froid » ; pour « ma jambe », « mon bras » ; pour « mon œil », « ma dent », etc. D'ordinaire, elle use maintenant des mots avec propriété, quoiqu'elle change parfois leurs terminaisons ou qu'elle en compose de nouveaux.

« Elle n'a encore reconnu personne, même parmi ses plus proches parents, c'est-à-dire qu'elle n'a aucun souvenir de les avoir vus avant sa maladie. Elle les désigne par leurs noms ou par ceux qu'elle leur a donnés ; mais elle les considère comme de nouvelles connaissances et n'a aucune idée de leur parenté avec elle. Depuis sa maladie, elle n'a vu qu'une douzaine de gens, et c'est pour elle tout ce qu'elle a jamais connu.

« Elle a appris de nouveau à lire ; mais il a été nécessaire de commencer par l'alphabet, car elle ne connaissait plus une seule lettre. Elle a appris ensuite à former

des syllabes, des mots, et maintenant elle lit passablement. Ce qui l'a aidée dans cette réacquisition, c'est de chanter les paroles de certaines chansons qui lui étaient familières et qu'on lui présentait imprimées pendant qu'elle jouait du piano.

« Pour apprendre à écrire, elle a commencé par les études les plus élémentaires, mais elle a fait des progrès beaucoup plus rapides qu'une personne qui ne l'aurait jamais su.

« Peu après sa sortie de sa torpeur, elle a su chanter plusieurs de ses anciennes chansons et jouer du piano avec peu ou point d'aide. Quand elle chante, elle a en général besoin d'être aidée pour les deux ou trois premiers mots d'une ligne; elle achève le reste, de mémoire à ce qu'il semble. Elle peut jouer, d'après une partition, plusieurs airs qu'elle n'avait jamais vus auparavant.

« Elle a appris sans difficulté plusieurs jeux de cartes; elle sait tricoter et faire divers ouvrages analogues.

« Mais, je le répète, il est remarquable qu'elle ne semble pas avoir le plus léger souvenir d'avoir possédé autrefois tout cela; quoiqu'il soit évident qu'elle ait été grandement aidée dans son travail de réacquisition par ces connaissances antérieures dont elle n'a pas conscience. Quand on lui a demandé où elle a appris à jouer un air en regardant la musique sur un livre, elle a répondu qu'elle ne pouvait pas le dire et elle s'est étonnée que son interlocuteur ne pût en faire autant. A vrai dire, d'après diverses remarques qu'elle a faites d'elle-même par hasard, il semble qu'elle possède plusieurs idées générales, d'une nature plus ou moins complexe, qu'elle n'a pas eu l'occasion d'acquérir depuis sa guérison. Cette rééducation ne dura pas plus de trois mois. »

Enfin le troisième fait a trait à une jeune femme, robuste, d'une bonne santé, qui tomba par accident dans une rivière et fut presque noyée, cas que j'ai cité à propos de l'amnésie par submersion et rattaché dès lors à l'hystérie en raison des troubles sensoriels qu'elle présentait. — La suite de l'observation mérite cependant d'être rapportée. « L'automatisme était si bien la seule forme d'activité dont elle était capable que, pendant des jours, sa seule occupation fut d'effiler, d'éplucher ou de couper en morceaux infiniment petits tout ce qui lui tombait sous la main : des fleurs, du papier, des vêtements, un chapeau de paille, etc., puis de disposer toutes ces bribes en dessins grossiers.

« Plus tard on lui donna tout ce qu'il fallait pour faire des raccommodages ; elle prit son aiguille et travailla alors incessamment du matin au soir, ne faisant aucune distinction entre le dimanche et les autres jours et ne pouvant même en saisir la différence. Elle ne gardait aucun souvenir d'un jour à l'autre et chaque matin recommençait une nouvelle besogne. Cependant, comme l'enfant, elle commençait à enregistrer quelques idées et à acquérir quelque expérience. On la mit alors à un travail d'une nature plus élevée, à faire de la tapisserie. Elle paraissait prendre un grand plaisir à regarder les patrons avec leurs fleurs et leur harmonie de couleurs ; mais chaque jour, elle commençait un nouveau travail, oubliant celui de la veille, à moins qu'on ne le lui présentât. Les idées dérivées de son ancienne expérience, qui paraissent s'être éveillées les premières, étaient liées à deux sujets qui avaient fait sur elle une forte impression : sa chute dans la rivière et une affaire d'amour. La vue d'un paysage avec une rivière ou la

mer lui causait une surexcitation et une attaque de *rigidité spasmodique avec insensibilité*.

« Elle avait *des attaques* quand on la menait à la campagne.

« L'amélioration physique, le retour des facultés intellectuelles et de la mémoire étaient visibles quand le jeune homme auquel elle était attachée était près d'elle.

« A la suite d'une émotion elle commença à parler un peu. Les premiers objets qu'elle appela de leur vrai nom furent des fleurs sauvages qu'elle aimait beaucoup dans son enfance.

« La manière dont elle recouvra la mémoire est extrêmement remarquable. La santé et la force paraissaient complètement revenues, son vocabulaire s'étendait, sa capacité mentale augmentait, lorsqu'elle apprit que son amant courtisait une autre femme. Cette idée excita sa jalousie qui, dans une certaine occasion, fut si intense qu'elle tomba dans un état d'insensibilité qui, par la durée et l'intensité, ressemblait à sa première attaque. Et cependant ce fut son retour à la santé. — Son insensibilité passée, le voile de l'oubli se déchira et, comme si elle se réveillait d'un long sommeil de douze mois, elle se retrouva entourée de son grand-père, de sa grand'mère, de leurs vieux amis. Elle s'éveilla en possession de ses facultés naturelles et de ses connaissances antérieures, mais sans le moindre souvenir de ce qui s'était passé pendant l'intervalle d'une année, depuis sa première attaque jusqu'à ce moment de retour. »

Il faut remarquer que dans tous ces faits, quoique le nom d'hystérie ne soit pas prononcé, les phénomènes qui se sont montrés, soit au début, soit à la fin, soit dans le cours de ces amnésies, seraient rattachés sans hésita-

tion à l'hystérie s'ils étaient isolés. Pourquoi donc ne pas mettre l'amnésie sur le compte de l'hystérie ? Le mécanisme par lequel se produisent ces divers troubles n'est-il pas identique ? Ne retrouvons-nous pas là les deux troubles fondamentaux de l'hystérie : automatisme et défaut de synthèse ? Nous n'hésitons pas un seul instant à faire de ces amnésies des amnésies hystériques, ce terme hystérique n'ayant pas tant pour but de classer nosographiquement ces amnésies, que d'en indiquer le mécanisme commun à tous les troubles hystériques.

M. Charcot, — à propos d'une malade de son service qui, à la suite d'une violente émotion morale, accompagnée d'une crise de délire, avait présenté de l'amnésie rétrograde et de l'amnésie antérograde de conservation et quelques crises hystériques, — rattachait dans sa leçon[1] les troubles qu'elle présentait à la phase délirante prolongée de l'attaque hystérique. Il considérait cette amnésie rétro-antérograde, consécutive à l'attaque délirante, comme un simple équivalent d'attaque d'hystérie, comme une attaque d'hystéro-épilepsie prolongée sous forme d'amnésie. Soit ; mais que le phénomène ne soit qu'un mode de l'attaque ou qu'il soit une manifestation indépendante, le mécanisme est toujours le même : il y a dédoublement de la personnalité, par conséquent défaut de synthèse, en même temps que l'automatisme est la règle de tous les actes du sujet. C'est cela qui suffit à caractériser la nature du phénomène.

Voici du reste un résumé de cette très intéressante observation. Il s'agit d'une femme de 34 ans, issue d'une

1. J.-M. Charcot, Sur un cas d'amnésie rétro-antérograde probablement d'origine hystérique. *Revue de méd.*, fév. 1892.

famille de névropathes, mais n'ayant jamais présenté elle-même d'accidents nerveux. Le 28 août 1891, à la suite d'une violente émotion morale, elle fut prise d'une crise délirante, avec étouffements et hallucinations de la vue, qui dura trois jours. Au sortir de ce délire, elle avait perdu le souvenir de tout ce qui s'était passé depuis le 14 juillet dernier, y compris l'émotion qui avait amené sa crise et cette crise elle-même. Il y avait donc amnésie rétrogade.

Mais à partir de ce moment elle présenta une autre amnésie que, par opposition, M. Charcot appelle antérograde. Cette amnésie est générale et consiste en ce que la malade est incapable d'enregistrer dans sa mémoire ce qu'elle voit et entend. L'impression est si fugace qu'au bout d'une minute elle est incapable de se rappeler ce qu'on vient de lui dire. Cependant elle se souvient exactement, et dans tous leurs détails, des faits écoulés depuis sa jeunesse jusqu'au 14 juillet.

M. Charcot a établi la nature hystérique de cette amnésie en se fondant sur les considérations suivantes : Pendant son sommeil, en rèvant tout haut, cette malade évoque le souvenir de faits qu'elle est incapable de se rappeler à l'état de veille. Mais, ce qui est plus probant, c'est que dans le sommeil hypnotique elle recouvre la mémoire de toute la période dont elle a perdu le souvenir pendant la veille, du 14 juillet au 28 août. Elle raconte en outre les phénomènes qui ont précédé sa crise délirante du 28 au 31 août, phénomènes qui sont les caractères classiques de l'aura hystérique.

La thérapeutique hypnotique et suggestive s'imposait en présence du retour de la mémoire que présentait la malade pendant le sommeil hypnotique. Ce traitement donna quelques résultats encourageants et on arriva à

fixer pendant l'état de veille certains des souvenirs réapparaissant pendant l'hypnose.

Cette observation montre, avec toute l'évidence désirable, le dédoublement de la personnalité dans le cas d'amnésie rétro-antérograde hystérique, et prouve en outre que les souvenirs ne sont pas perdus, mais restent simplement à l'état latent, dans l'inconscient.

Il y a, dans ces cas d'amnésie hystérique, deux groupes à considérer : ceux où, à la suite d'une attaque ou d'un choc moral violent, il y a amnésie rétrograde et antérograde plus ou moins étendue, et où ensuite le sujet est capable de réapprendre et de retenir, — où il y a en d'autres termes amnésie rétrograde, avec amnésie antérograde de reproduction sans amnésie de conservation ; — et ceux où il y a à la fois amnésie rétrograde et antérograde de conservation.

L'amnésie rétrograde est très variable comme étendue. Elle peut être limitée à une courte période avant le début de l'accès, comme dans le cas de la malade de M. Charcot, où tous les souvenirs étaient conservés jusque six semaines avant l'attaque. Dans ces cas, il n'y a pas de rééducation générale à faire.

Mais l'amnésie rétrograde peut s'étendre à toute l'existence, rarement cependant d'une façon aussi complète que dans les dédoublements de la personnalité, type Azam. On remarque alors que les souvenirs liés à une émotion forte, ou dont l'intensité est plus grande, grâce à leur répétition ou à leur ancienneté, ou encore les formes les plus automatiques de la mémoire, sont plus ou moins conservés.

Il n'en est pas toujours ainsi puisque nous voyons que le langage était perdu dans quelques-unes des observations citées plus haut, et que dans la nôtre (Séglas

Sollier) les mouvements automatiques secondaires eux-mêmes étaient perdus.

Je n'ai guère trouvé d'exemple où l'amnésie hystérique se borne à être rétrograde. On comprend, en effet, qu'un ébranlement moral suffisant pour produire une amnésie aussi marquée soit de nature à troubler dans la suite les fonctions cérébrales. Et de fait on observe presque toujours de l'amnésie antérograde. Mais celle-ci peut porter simplement sur une période de phénomènes consécutifs à l'accident initial et, au sortir de cet état, — véritable état second, — le sujet a perdu le souvenir et de la période antérieure et d'une période postérieure à l'attaque du début, absolument comme dans certains cas d'amnésie traumatique. Ou bien, au contraire, il y a de l'amnésie antérograde de conservation, et le sujet, outre l'amnésie rétrograde, est incapable de se souvenir d'un moment à l'autre de ce qu'il vient de faire.

Il y a lieu de considérer deux choses dans l'amnésie hystérique : 1° l'accès amnésique proprement dit, c'est-à-dire l'amnésie qu'on observe à la suite d'un événement, et liée intimement à cet événement et 2° l'amnésie que le sujet peut présenter quand il est sorti de l'accès amnésique.

Les différentes combinaisons auxquelles peut se prêter l'amnésie sont assez complexes et peuvent être repré-

Fig. 36.

sentées dans un schéma pour plus de simplicité. (Fig. 36.)

En représentant par XY la ligne de l'existence, par

B le phénomène initial de l'amnésie, par A un phénomène antérieur à B, et par C le phénomène terminal de la période sur laquelle porte l'amnésie, nous pouvons avoir :

A. 1° A la suite de B, une amnésie portant sur une période limitée AB (rétrograde) et compliquée d'une amnésie de conservation antérograde pendant la période BC.

2° A la suite de C, on peut avoir l'amnésie de BC, et retour de AB ;

3° Ou l'amnésie de AC.

B. 1° A la suite de B, on peut avoir une amnésie presque illimitée XB, suivie elle-même d'une amnésie de conservation portant sur BC.

2° A la suite de C, il peut y avoir amnésie portant sur BC seulement, avec retour de XB;

3° Ou bien C ne se produit pas, et, à la suite de B, on n'observe pas d'amnésie de conservation et la rééducation commence. C'est une seconde personnalité qui succède à la première, mais qui pourra un jour ou l'autre lui recéder la place.

Au point de vue de la personnalité on a donc :

		PERSONNALITÉ PRIME	PERSONNALITÉ SECONDE	PERSONNALITÉ TIERCE DE RETOUR
A.	2°	XB	AC	XB — CY
	3°	XB	AC	XA — CY
B.	2°	XB	BC	XB — CY
	3°	XB	BY	

Dans l'amnésie consécutive à B, on peut, par l'hypnotisme, réveiller les souvenirs, non seulement de la période d'amnésie rétrograde, mais encore de la période d'amnésie antérograde de conservation. Ceci montre bien qu'on a affaire à une amnésie essentiellement

fonctionnelle, à un phénomène de mémoire latente. Les images ne sont pas assez nettes pour passer dans le champ de la conscience à l'état normal, et paraissent éteintes. Par contre, celles qui sont fixées d'une façon très forte, comme celles de la mémoire organique, subsistent, et les mouvements automatiques secondaires continuent le plus souvent. C'est surtout la mémoire intellectuelle qui est atteinte, mais les souvenirs, bien que subconscients, permettent cependant certains actes raisonnés, réfléchis, combinés en vue d'un but. Il se passe là ce qui se passe dans certains rêves, et surtout dans le somnambulisme où les individus sont capables d'un certain degré de jugement, de volonté, de discernement.

Nous n'insisterons pas sur le mécanisme psychologique de ces amnésies hystériques. C'est celui que nous avons exposé en détail dans notre mécanisme général de l'amnésie. Nous ferons remarquer seulement que ce mécanisme s'applique également à l'amnésie traumatique, épileptique, somnambulique, et que nous allons le retrouver dans l'amnésie consécutive à certaines affections aiguës. De ce mécanisme nous avons tiré la conclusion suivante : l'*amnésie hystérique n'est autre que le défaut de synthèse des images et des idées passées, quand elle est rétrograde, — des images et des idées actuelles, lorsqu'elle est antérograde de conservation.*

Or si, dans un certain nombre de ces cas, l'hystérie ne paraît pas à incriminer, il en est certainement d'autres où elle existait avant et où on l'a négligée pour porter toute son attention sur le phénomène initial. D'autre part, on sait aujourd'hui que la névrose traumatique n'est autre chose que de l'hystérie. Il n'est donc pas surprenant que nous voyions l'amnésie traumatique se

produire par un mécanisme identique à celui de l'amnésie hystérique.

Cela prouve que le champ de l'hystérie est immense ou, pour mieux dire, que le terme d'hystérie ne veut rien dire par lui-même, si on l'applique à une affection déterminée. Les troubles hystériques se produisent par un mécanisme commun à des maladies différentes. C'est la prédominance de ces troubles qui fait porter le diagnostic d'hystérie. Mais l'hystérie n'est qu'une manière de fonctionner du cerveau : que l'état cérébral qu'amène ce fonctionnement défectueux soit congénital ou acquis, le résultat est toujours le même.

Il n'y a pas une maladie hystérique. Il y a seulement une manière de fonctionner du cerveau qui amène des phénomènes auxquels on donne le nom d'hystériques. Mais, en réalité, ces phénomènes ne sont pas spéciaux à ce qu'on appelle vulgairement l'hystérie. Ils peuvent se rencontrer dans bien d'autres affections. *C'est le mécanisme cérébral qui est hystérique, ce n'est pas l'affection.*

L'amnésie rétrograde des hystériques, avons-nous vu, s'explique de la même façon que celle qui est consécutive à un traumatisme, à une émotion morale, etc. Elle n'offre pas de caractères différents. Mais l'amnésie antérograde de conservation est intéressante à considérer. L'impression paraît se produire avec trop peu d'intensité pour durer. Aussi voit-on quelquefois une impression disparaître au bout de 1 minute, comme chez la malade de M. Charcot. Peu à peu l'impression se fixe pendant plus longtemps. Pourquoi ne se fixe-t-elle pas? Quel est le trouble des cellules qui empêche la fixation? Nous ne savons. Si le mécanisme paraît clair ou probable, la cause intime des phénomènes échappe.

De plus, chaque impression est incapable de s'associer à celle qui la précède et à celle qui la suit, de sorte que l'existence n'est composée que d'une série de moments indépendants. On comprend combien la personnalité du sujet est réduite dans ces cas.

Cette amnésie antérograde de conservation, quand elle porte sur une assez longue période, paraît spéciale à l'hystérie et, si on la rencontre parfois dans le traumatisme, c'est vraisemblablement que le traumatisme n'a agi que comme agent provocateur de l'hystérie. Ce qui paraît le prouver, c'est que toujours elle s'accompagne de troubles manifestement hystériques cliniquement. C'est un état différent du vigilambulisme, car les malades, en raison de leur amnésie si rapide d'un moment à l'autre, ne peuvent guère se livrer aux actes automatiques du vigilambulisme. L'automatisme lui-même est souvent annihilé et alors les malades restent dans une sorte de stupeur comparable à celle des mélancoliques, avec lesquels on peut les confondre.

Nous avons décrit dans l'*Examen méthodique de l'amnésie* (p. 93) l'aspect tout particulier de ces malades et les caractères qui permettaient de les distinguer des mélancoliques et des paralytiques généraux. Il est donc inutile de les rappeler encore une fois.

Le diagnostic de l'amnésie hystérique est facile en général.

Les états seconds, type Azam, sont aisés à reconnaître; il n'en est pas de même des états seconds atténués. On sera porté à les considérer comme de la simulation ou du mensonge. Il sera donc bon de s'assurer de la perte de mémoire au moment où l'hystérique s'y attendra le moins et à propos de faits banaux qu'elle n'a aucun intérêt à cacher. Si leur souvenir persiste, alors que les

faits soi-disant oubliés coïncidaient avec eux, on pourra évidemment pencher vers l'idée de mensonge. Autrement je crois qu'on n'en a pas le droit.

Cette amnésie doit être examinée avec beaucoup de précautions surtout en médecine légale, car on peut, par la manière de l'interroger, suggérer à l'hystérique amnésique des faits absolument contraires à la réalité, et l'on sait que d'autre part, ainsi que M. Féré[1] en a cité un cas très saisissant, ces malades ont tendance à donner une explication des faits qu'on leur a suggérés ou des actes qu'ils ont commis pendant le somnambulisme naturel ou provoqué. Il faut donc se garder, quand on constate de l'amnésie chez une hystérique, d'insister et de trop chercher à la mettre sur la voie en lui racontant comment les faits *ont dû* se passer.

Un bon moyen de diagnostic, qui est en même temps une confirmation que l'on n'a affaire qu'à une amnésie fonctionnelle (rétrograde, simple ou antérograde de conservation), et que les images persistent ou s'emmagasinent, mais que la conscience seule fait défaut, c'est que par l'hypnotisme on peut réveiller tous les souvenirs. Malheureusement l'hypnotisme n'est pas toujours possible.

On peut aussi se servir du procédé de l'écriture automatique. L'amnésique étant placé entre un observateur et un interlocuteur, ce dernier engage avec lui une conversation à haute voix, en lui faisant tourner la tête à gauche. Pendant ce temps l'observateur masque avec un écran la main droite du sujet auquel il a mis entre les doigts un crayon. Il l'interroge alors à voix basse pendant que l'interlocuteur continue à le faire causer

1. Féré, *Rev. de medecine*, 1887.

de sujets quelconques — sur des faits sur lesquels porte l'amnésie : automatiquement la main écrit des réponses qui montrent manifestement que le souvenir de ces faits est enregistré d'une manière inconsciente ou subconsciente, mais qu'il existe réellement. Ce qui lui manque c'est une intensité suffisante pour être réveillé et entrer dans le champ de la conscience. L'amnésie n'existe pas en réalité; la mémoire n'est pas perdue, elle n'est que latente.

Le pronostic n'est pas grave. Sauf dans les cas d'états seconds caractérisés, l'amnésie disparaît toujours. Le plus souvent, c'est à la suite d'une émotion très forte, ou d'une attaque de quelque forme que ce soit qu'on la voit disparaître. Aussi, lorsqu'on le peut, doit-on tenter de provoquer une attaque, au sortir de laquelle le sujet peut être guéri.

L'amnésie antérograde de conservation peut disparaître petit à petit. C'est alors une véritable rééducation du sujet qu'on fait dans ce cas. Et c'est là tout le traitement qu'il y a à instituer pour l'amnésie hystérique, en dehors, bien entendu, du traitement général de l'hystérie, si la provocation d'une attaque est impossible ou ne réussit pas.

Dans les cas où il y a amnésie de l'attaque, amnésie post-somnambulique, il n'est pas nécessaire de réveiller le souvenir, à moins que l'accès somnambulique ait duré longtemps ou qu'il y ait intérêt à rétablir certains faits, comme dans le cas du Dr Dufay où une jeune fille avait caché de l'argenterie à sa maîtresse et aurait été condamnée pour vol si, dans une hypnotisation, elle n'eût révélé où elle l'avait mise sans mauvaise intention; ou encore dans cet autre où une jeune fille violée dans un état somnambulique et qui ne s'en

souvenait pas à l'état de veille, révéla le fait à sa mère dans un accès subséquent, ou enfin dans un cas de M. Mesnet où un jeune garçon fut accusé de vol parce qu'il avait déménagé des meubles en plein jour.

Dans ces cas on n'a guère de ressource que dans l'hypnotisme pour réveiller ces souvenirs momentanément, ou d'une façon permanente si on suggère au sujet de les conserver à l'état de veille.

Dans l'amnésie antérograde de conservation, — la véritable amnésie hystérique, qui peut se montrer d'une façon tout à fait prédominante, quoique elle soit toujours accompagnée d'amnésie rétrograde, ou d'autres phénomènes hystériques, — le traitement somatique de l'hystérie est tout indiqué, mais le vrai traitement c'est le traitement psychique. On a cité des exemples de rééducation, et nous-même avec M. Séglas nous avons insisté sur la valeur de ce traitement qui nous a donné les meilleurs résultats. L'hypnotisme peut être employé sans doute, mais, s'il est capable de réveiller des souvenirs déterminés, il ne semble guère réveiller les associations de souvenirs. En présence d'une amnésie antérograde, par exemple, on constate en hypnotisant le sujet qu'il a conservé le souvenir de ce qu'il a fait. Mais, une fois réveillé, en admettant même qu'il conserve ces souvenirs, ils sont toujours incomplets, toujours limités, car on n'a jamais pu suggérer le réveil que d'un certain nombre de souvenirs et non de tous — organiques, sensoriels, intellectuels — qui constituent la personnalité par leur ensemble. Le sujet s'en souvient, mais ne les rattache pas à sa personne. Ils seraient imaginaires qu'il serait incapable de les juger tels. Le traitement hypnotique, là comme dans bien d'autres cas, ne donne qu'une illusion de guérison.

Tout autre est le traitement psychique, lequel est basé sur le mécanisme même de la mémoire et de l'amnésie. Nous ne pouvons nous étendre ici sur ce traitement, qui est presque tout le traitement de l'hystérie. Nous nous contenterons d'en indiquer les principales lignes, renvoyant à notre observation rapportée plus haut pour de plus amples détails. Quoique s'adressant à un cas particulier, elle donne cependant une idée de la manière de faire dans les cas analogues.

La première chose à faire est d'établir, dans l'existence du malade, des points de repère : dans le passé, en évoquant les souvenirs liés à une forte émotion comme certains actes importants de la vie, mariage, etc., ou liés à une habitude, comme les occupations principales auxquelles il s'est livré. De là, en procédant par des interrogatoires répétés et progressifs, entrant par déduction dans les détails de plus en plus fins, on arrive à rétablir de grands groupes de souvenirs anciens, et peu à peu l'amnésie rétrograde disparaît ainsi.

Pour l'amnésie antérograde, on établit de même des points de repère en prenant, par exemple, les actes qui se font chaque jour à heure fixe, comme les repas, le lever, etc. On part de là pour aller en avant et en arrière. On cherche ensuite à fixer l'attention sur certains repères par l'émotion, par exemple la visite d'une personne aimée, ou à renforcer les images par certaines excitations sensorielles associées. On fait ainsi écrire au malade ce qu'il fait à chaque heure sur un carnet de couleur; ou on lui donne un ordre écrit sur un papier coloré, en même temps qu'on le lui lit et qu'on le lui fait lire et prononcer. De la sorte, l'ordre est fixé à la fois par la vue doublement, par l'ouïe et par les

mouvements de la langue. Images auditive, motrice et visuelle sont donc réunies et ont plus de chance de se fixer qu'une seule.

Ce qu'il faut rétablir en un mot, c'est le pouvoir de synthèse, qui permet seul aux souvenirs de persister en s'agrégeant. Dans l'amnésie antérograde, en effet, le défaut de synthèse est tellement marqué que deux souvenirs consécutifs sont incapables d'être associés entre eux, — tandis que, dans les autres formes d'amnésie, la dissociation porte non plus sur deux souvenirs consécutifs, mais sur deux périodes consécutives. Lorsqu'on se livre à ce travail de rééducation, on remarque que les souvenirs ne sont pas absolument éteints, mais simplement latents, car les malades réapprennent ordinairement avec une assez grande rapidité. Quelquefois même ils sortent tout d'un coup de leur torpeur et recouvrent leurs anciens souvenirs, mais non pas ceux de la période de rééducation.

Si l'amnésie hystérique n'est pas sérieuse en elle-même, elle peut avoir des conséquences très graves au point de vue médico-légal. La possibilité de commettre un crime ou un délit pendant un accès somnambulique, spontané ou hypnotique, ou encore pendant un état second, aussi bien que la possibilité d'en être la victime, ont des conséquences trop faciles à prévoir pour qu'il soit nécessaire d'insister, et de montrer quelles précautions doit prendre l'expert dans l'étude de ces cas où l'amnésie hystérique peut être en jeu et est d'autant plus difficile à découvrir qu'elle peut ne s'accompagner d'aucun phénomène somatique capable de mettre sur la voie.

C'est donc surtout par la connaissance des conditions dans lesquelles l'amnésie s'est produite, qu'on pourra y

songer. De plus, ainsi que je l'ai dit, l'amnésie antérograde de conservation, dont la simulation serait, il me semble, bien difficile à faire accepter, me paraît être tout à fait spéciale à l'hystérie. Elle peut se développer chez un sujet comme unique et premier phénomène hystérique à la suite d'une émotion morale ou d'un traumatisme. C'est donc son caractère psychologique seul qui permettra de la diagnostiquer et, par conséquent, d'en tirer les conclusions pratiques.

Mais, au point de vue de la responsabilité, on peut se demander, avec bien plus de raison que pour l'épilepsie, si un sujet, de ce qu'il a oublié ses actes pendant le somnambulisme ou un état second, en est irresponsable. Dans les cas de dédoublement complet de la personnalité, quelle est la personne responsable? Nous avons vu que parfois c'est dans l'état second qu'elle est la plus complète, puisqu'il y a souvenir de tout le passé, et aussi des accès précédents, tandis qu'à l'état normal les états seconds sont oubliés. Or, cependant, il n'est pas douteux qu'un jury acquitterait un sujet ayant accompli un crime dans un de ces états seconds.

Le cas ne s'est pas présenté ou du moins a peut-être passé inaperçu, — ce qui est possible, quand ces faits n'étaient pas connus, — mais s'il se présentait aujourd'hui l'embarras serait grand. Il peut arriver aussi qu'un sujet, agissant en pleine connaissance de cause, commette un acte criminel, à la suite duquel, frappé de terreur, il ait une attaque de nerfs au sortir de laquelle il présente de l'amnésie. Cette constatation pourrait le faire bénéficier d'un acquittement immérité. Mais il est bien difficile, à ce qu'il me semble, de pouvoir établir ici la responsabilité, c'est-à-dire que l'accident morbide qui a

causé l'amnésie est consécutif à l'acte criminel et en est même la conséquence.

La responsabilité humaine est une chose tellement hypothétique, artificielle, créée pour les besoins de la société, que nous ne nous y arrêterions pas, si nous ne voulions signaler cette inconséquence pratique dont on pourrait donner bien d'autres exemples, ou tout au moins montrer les difficultés presque impossibles à vaincre que cette question soulève à chaque pas et soulèvera de plus en plus à mesure qu'on connaîtra mieux l'esprit humain.

D'autre part, l'amnésie peut avoir des conséquences graves pour une victime, puisqu'elle l'empêche de révéler ce qu'elle a subi. Mais il faut ajouter que, dans certains cas, en même temps que le sujet oublie ce qui lui est arrivé et que sous l'influence de l'émotion il entre dans un état second avec amnésie, il se développe souvent automatiquement certaines illusions, ou hallucinations beaucoup plus faciles à éclore dans cet état, et qu'il prend pour la réalité. Il peut alors accuser à tort certaines personnes dont il se dit la victime.

Tel est le cas d'une jeune fille qui avait perdu connaissance pendant un examen au spéculum et avait été rappelée à elle par le médecin à l'aide d'un flacon de sel odorant. Elle prit cette odeur pour celle du chloroforme et affirma, avec la conviction la plus absolue, que le médecin l'avait chloroformée et l'avait violée pendant son sommeil. Ce n'est pas sans peine que l'innocence du médecin fut démontrée. On voit par là que l'amnésie n'est pas préjudiciable qu'à l'amnésique.

Après l'hystérie, nous sommes tout naturellement amenés à étudier l'amnésie dans la *chorée*.

Dans la chorée, on sait que la mémoire est une des

facultés les plus troublées, et cela dès le début de la maladie. Les enfants qui en sont atteints ne peuvent plus apprendre leurs leçons et oublient ce qu'ils savaient déjà. C'est une amnésie essentiellement fonctionnelle qui se produit dans ce cas, et la mémoire reparaît en même temps que disparaissent les accidents nerveux. Elle n'est donc pas grave.

Le mécanisme de cette amnésie est assez simple à comprendre, quand on se rappelle le rôle que joue l'attention dans la fixation des impressions et, par conséquent, dans la conservation des images et des souvenirs. Or, dans la chorée, l'attention est extrêmement faible et instable. On observe la même instabilité dans les idées que dans les mouvements. Il n'est donc pas surprenant de voir que l'enfant soit incapable de fixer assez fortement son attention sur une impression pour l'emmagasiner, et, d'autre part, que sa volonté soit impuissante à réveiller les souvenirs anciens.

Lorsqu'il guérit, il recouvre la mémoire de tous les faits antérieurs à sa maladie, qu'il semblait avoir perdus, mais il ne recouvre que très imparfaitement ceux correspondant à la période aiguë de la maladie. Les premiers ayant été simplement atténués momentanément recouvrent toute leur intensité dès que la cause de leur affaiblissement cesse.

Les autres, au contraire, n'ont jamais été que faiblement fixés. La disparition de la maladie, du défaut d'attention et de volonté, ne suffit donc pas à leur donner une intensité qu'ils n'ont jamais eue. De sorte qu'au point de vue pratique, — scolaire dans le cas particulier, surtout — si le petit choréique peut recouvrer, à peu près complètement, les connaissances acquises avant sa maladie tout ce qu'il a pu chercher à

apprendre pendant le cours de son affection est perdu.

Disons en même temps un mot de la chorée chronique. On sait qu'à la longue cette affection détermine une véritable démence, précédée d'un affaiblissement progressif de l'intelligence et de la mémoire. Il est vraisemblable que c'est à des lésions organiques — encore problématiques, du reste — qu'est due cette dysmnésie progressive dont le caractère est très grave.

Nous passerons très rapidement sur les deux formes suivantes : amnésie puerpérale et amnésie éclamptique. Par leur nature, par leur cause, par leur mécanisme, par leurs caractères, ces amnésies rentrent dans le cadre de celles que nous venons d'étudier.

L'*amnésie puerpérale* peut, en effet, être considérée soit comme une amnésie traumatique, soit comme une amnésie de cause morale, soit comme une amnésie hystérique. On sait l'influence considérable qu'ont la grossesse et l'accouchement sur les troubles intellectuels chez les prédisposées. Il n'est donc pas surprenant de voir l'accouchement produire une désagrégation comme celle qui constitue l'amnésie. De plus, les caractères que nous trouvons dans l'amnésie puerpérale sont identiques à ceux de l'amnésie hystérique ; c'est en effet une amnésie rétro-antérograde qu'on observe le plus souvent. En outre l'amnésie est systématisée, et, quand la malade a de l'amnésie rétrograde, cela s'arrête presque toujours à son mariage, c'est-à-dire au souvenir intimement lié à celui de l'accouchement. Comme dans l'amnésie hystérique, on observe aussi pendant la période consécutive à l'accouchement, de l'amnésie antérograde de conservation, — comme dans notre cas, qui est un des plus typiques qui soit, d'amnésie puerpérale de

caractère hystérique, quoique la malade n'ait pas présenté auparavant d'accidents hystériques manifestes. — Enfin lorsque, sous une influence ou sous une autre, ou spontanément, la malade recouvre la connaissance complète, tantôt le souvenir de toute la période depuis l'accouchement est perdu, tantôt la période d'amnésie antérograde l'est également. On observe à cet égard toutes les variétés que nous avons signalées à propos de l'amnésie hystérique.

Je crois, d'ailleurs, que, dans un certain nombre de cas, c'est chez des hystériques que cette amnésie puerpérale se produit.

L'*amnésie post-éclamptique* a les mêmes caractères. M. Bidon [1] en a réuni un certain nombre de faits, tant personnels que pris dans les auteurs, et il distingue quatre cas :

1° Il existe dans le souvenir une lacune très limitée. Des malades ont oublié les mots isolés, les dates, les chiffres ou toute opération arithmétique, les noms des rues et même des personnes les plus connues d'elles;

2° Il est fréquent de voir disparaître la mémoire de l'accouchement seul, en totalité ou en partie;

3° Il est des cas où la perte de mémoire porte à la fois sur l'accouchement et sur une partie plus ou moins grande du temps qui l'a précédé;

4° Il existe parfois une lacune beaucoup plus étendue.

L'éclampsie peut déterminer l'amnésie simple ou rétrograde plus ou moins limitée, comme peut le faire l'attaque d'épilepsie, dont elle se rapproche beaucoup, ou le traumatisme lui-même. Il est difficile, en effet, de faire la part de ce qui appartient à l'éclampsie et à

---

1. Bidon, *Revue de médecine*, 1891, p. 961.

l'accouchement, car, dans toutes les observations, c'est toujours après l'accouchement que se produit l'amnésie. N'aurait-elle pas existé sans éclampsie, et l'éclampsie n'a-t-elle été qu'une cause adjuvante ou déterminante de plus? C'est ce que je serais tenté de croire.

Dans le 4e groupe, M. Bidon range précisément un cas personnel où il s'agit de la *fille d'une hystérique* qui fut prise, après un accouchement accompagné de nombreuses attaques éclamptiques, d'amnésie rétrograde, portant sur toute l'année avant son accouchement jusqu'au surlendemain de cet accouchement. Il y a cependant ce fait intéressant que cette amnésie a été consécutive à l'éclampsie, laquelle n'a commencé à se manifester qu'avec les premières douleurs et a cessé deux jours après. De plus, l'amnésie était systématisée à tout ce qui avait trait à son amour pour son mari, qu'elle ne regardait plus que comme son fiancé.

M. Bidon n'a pas constaté de signes d'hystérie ni d'épilepsie; mais de ce qu'on n'a pas de stigmates, il n'en résulte pas qu'on ne soit pas hystérique, et sa malade, fille d'hystérique, semble, en tous cas, singulièrement prédisposée, en dehors même de l'éclampsie, à faire de l'amnésie d'origine puerpérale ou de toute autre cause à l'occasion. Il est regrettable aussi que l'auteur ne nous dise pas si la malade présentait de l'amnésie de conservation dans les trois jours qui suivirent l'accouchement et dont elle perdit le souvenir une fois revenue à elle en outre de l'amnésie rétrograde qu'elle présenta dès après l'accouchement. Si on rapproche ce fait de ce qui se passe dans certains cas que nous avons signalés d'amnésie traumatique, il est vraisemblable de penser qu'elle agissait, elle aussi, automa-

tiquement et ne conservait guère d'un moment à l'autre les images de ses actes.

Ce serait faire des répétitions tout à fait inutiles que de revenir encore ici sur le mécanisme de cette amnésie dans ses différentes formes. C'est toujours la désagrégation plus ou moins limitée et systématisée de la personnalité qui se produit, quelle qu'en soit la cause, choc physique ou moral, accompagnée ou non d'un état cérébral ne permettant pas la fixation de nouvelles images. C'est toujours une amnésie fonctionnelle, c'est-à-dire curable, au moins pour la période rétrograde. L'amnésie puerpérale peut être intéressante à connaître au point de vue médico-légal, dans des cas de substitution, d'enlèvement ou de reconnaissance d'enfant, d'avortement. Il nous suffit de signaler ces différents points de vue, car je ne crois pas que jamais des faits semblables se soient encore présentés devant les tribunaux.

Le traitement de l'amnésie puerpérale, avec ou sans éclampsie, est le même que celui de l'amnésie hystérique et comporte le même aléa. Il semble toutefois, d'après les rares observations complètes qu'on possède, que par la suite la mémoire disparue revienne moins bien. Il paraît en être de même que pour l'amnésie traumatique, où il est rare que l'amnésie rétrograde ne soit pas permanente. On y observe du reste rarement l'amnésie antérograde de conservation, qui reste ainsi de plus en plus caractéristique de l'hystérie.

Je finirai par deux autres formes d'amnésie aussi fréquentes que l'amnésie puerpérale : celle consécutive à l'*intoxication par l'oxyde de carbone*, et celle consécutive à la *fièvre typhoïde*.

Si nous en parlons ici, au lieu de l'avoir fait à propos des intoxications aiguës, c'est que leurs caractères psychologiques les rapprochent de l'amnésie hystérique, car elles présentent comme elle de l'amnésie antérograde de conservation. Aussi ferai-je les mêmes réserves que pour l'amnésie puerpérale et me demanderai-je s'il n'y a pas là une part à faire à la prédisposition nerveuse beaucoup plus qu'à l'intoxication ou à l'infection, qui ne sont peut-être que des agents provocateurs.

L'*intoxication par l'oxyde de carbone* est ordinairement produite volontairement avec l'intention de se donner la mort. Or, le suicide étant souvent lié à un état mental pathologique, comme dans l'alcoolisme, la mélancolie, l'hystérie, etc., il est difficile de trouver des cas très nets d'amnésie due uniquement à l'intoxication oxycarbonée sans complication d'autre cause.

Il y a deux sortes d'amnésies à examiner : celle qui accompagne toute ivresse (car les phénomènes de l'intoxication oxycarbonée sont ceux de l'ivresse), et celle qui porte, non seulement sur la période de l'ivresse, mais encore sur une période antérieure et postérieure.

La première forme nous occupera peu. Elle est comparable de tous points à l'amnésie de l'ivresse alcoolique. Son diagnostic, son pronostic et son traitement n'on pas d'intérêt.

Mais au sortir du coma déterminé par une intoxication prolongée, on peut observer un état d'hébétude, de stupeur, d'amnésie qui, au lieu de se dissiper au bout de quelques jours, comme c'est l'ordinaire, sous l'influence du grand air et des inhalations d'oxygène, persiste au contraire.

On n'observe guère l'amnésie rétrograde limitée. C'est une dysmnésie plus ou moins étendue, dans

laquelle les souvenirs sont perdus suivant la loi de régression et une amnésie antérograde de conservation plus ou moins profonde.

J'ai observé, à la Salpêtrière, une malade de cette sorte qui, à la suite d'une tentative de suicide, perdit non seulement la mémoire de presque tous les faits antérieurs de son existence, mais resta dans l'impossibilité de fixer aucun souvenir d'une façon un peu prolongée. Chaque fois qu'elle me voyait, elle croyait que c'était pour la première fois. Quand elle lisait un livre, elle pouvait le relire sans s'apercevoir qu'elle l'avait déjà lu et, arrivée à la fin, elle se demandait de qui et de quoi il s'agissait, ne se rappelant plus le début. Cette perte de mémoire durait depuis plusieurs années, sans aggravation comme sans amélioration.

Le diagnostic de cette amnésie, en dehors de tout renseignement étiologique, est difficile à établir. On peut croire à une dysmnésie simple et la rattacher, par conséquent, à une des causes que nous avons vues plus haut. Mais on ne constatera aucun signe somatique d'alcoolisme, de syphilis, de paralysie générale.

On pourra plutôt confondre l'état amnésique avec de la démence ou de la mélancolie. De fait, il faut bien reconnaître que, dans certains cas, la confusion est assez justifiée. L'amnésie oxycarbonée paraît, en effet, résulter d'un état permanent des cellules cérébrales, puisqu'on la voit souvent ne pas guérir du tout. On ne peut pas dire cependant qu'il y ait une lésion progressive, car, si elle n'a pas tendance à l'amélioration, elle ne semble pas en avoir non plus à l'aggravation. Mais on comprend qu'à la longue, du fait de cette amnésie, il résulte forcément un affaiblissement intellectuel plus ou moins marqué.

Quant à la mélancolie, l'erreur est d'autant plus possible que c'est souvent à la suite de chagrins que le suicide a été tenté. Le malade, déjà préoccupé et se voyant, en outre, dans un état dont il se rend compte et qui le met hors d'état de se livrer à une occupation sérieuse, s'attriste encore davantage : il n'est donc pas surprenant que, d'après son aspect général, son langage, sa lenteur de conception, on puisse songer à un état de dépression mélancolique, sans délire. Mais la longue durée de cet état, les circonstances du début, feront faire le diagnostic.

Le pronostic est loin d'être favorable. La plupart des cas qu'on signale avec ou sans complication d'un état mental antérieur ont entraîné un état de débilité intellectuelle qui a empèché les sujets de reprendre leurs occupations ordinaires, et l'amnésie a persisté.

Quant à la cause intime, elle est assez difficile à préciser. Il n'y a pas, en effet, de vrai dédoublement de la personnalité comme dans l'amnésie hystérique ou puerpérale et éclamptique. La lésion, en même temps que fonctionnelle, paraît également organique, car les cellules cérébrales ne fonctionnent plus comme par le passé. Dans l'amnésie alcoolique, où la cellule est simplement influencée par le toxique, lorsque celui-ci s'élimine l'amnésie disparaît. Ici le trouble est plus profond puisque, bien que l'amnésie n'augmente pas, elle ne disparaît pas non plus. Il y a donc une lésion permanente, mais sans tendances à la progression ni à l'extension. Quant à dire de quelle nature elle est, nous n'en savons rien.

Le mécanisme psychologique n'offre rien de particulier. Le peu de netteté de l'amnésie, qui tient à la fois de l'amnésie fonctionnelle et de l'amnésie organique

sans qu'on puisse être fixé, oblige à beaucoup de réserve à cet égard.

Au point de vue médico-légal, il n'y a guère qu'un cas pratique à envisager : c'est celui où un individu se trouve asphyxié étant au service d'un tiers. A-t-il droit à une indemnité si, sa santé physique étant rétablie, il présente une amnésie qui le met hors d'état de reprendre du travail ? Je ne crois pas que la question se soit présentée encore sous cet aspect, mais je pense que dans ce cas cette indemnité lui serait due.

Dans la *fièvre typhoïde*, l'amnésie peut offrir des aspects variés. Le plus souvent, — le fait est bien connu, — la mémoire est affaiblie après la fièvre typhoïde, affaiblissement qui n'a rien de caractéristique et qui porte plutôt sur la qualité que sur la quantité des souvenirs. Il arrive que, dans les premiers temps, on observe une véritable amnésie de conservation outre l'amnésie de reproduction des anciens souvenirs. Mais c'est une sorte d'amnésie aiguë qui disparaît vite, et on ne constate plus à la suite que de la difficulté à retenir et à apprendre.

Dans un cas cité par M. Motet [1], l'état intellectuel fut si limité après la fièvre typhoïde, chez une jeune fille de 16 ans, que l'on craignit la démence. Cependant on la rééduqua, et au bout de cinq mois les souvenirs du passé étaient complètement revenus. Mais le souvenir de la période appartenant à sa maladie resta perdu.

Je me rappelle également deux cas chez des femmes, — car il est à remarquer que c'est surtout chez des femmes que l'amnésie s'observe, — qui sont intéressants parce que non seulement la mémoire intellectuelle était atteinte, mais la mémoire organique également.

1. Motet, *Union méd.*, 1879.

Une jeune bonne de 19 ans, très propre, très rangée, très travailleuse et très honnête, fait une fièvre typhoïde très grave. Au retour dans sa place on constate qu'elle est devenue oublieuse des moindres détails, non seulement pour les choses particulières, mais pour le courant ordinaire du service. Elle égarait tout, ne prenait plus soin de sa personne, n'était plus propre ni rangée. Elle présenta de plus des impulsions au vol. Enfin elle avait une légère paraplégie. Elle était triste, alors qu'elle était gaie autrefois, sans pouvoir dire, du reste, ce qui l'attristait. Elle fut obligée de quitter sa place et, quelques mois plus tard, elle était complètement guérie et avait recouvré son ancien caractère. Il y avait eu chez elle un véritable dédoublement de la personnalité.

Le second cas est celui d'une malade soignée dans le service de M. Potain, alors que j'y étais externe, et qui présenta, outre une perte considérable de la mémoire, une paraplégie flasque vraisemblablement de nature hystérique.

Malheureusement, à l'époque où j'observai ces malades, mon attention n'était pas attirée sur les phénomènes psychiques que j'ai notés sans détails suffisamment complets. Il n'en reste pas moins que, dans ces deux cas, l'amnésie post-typhique s'accompagnait d'une perte de la mémoire organique. Les deux cas guérirent, ce qui montre bien encore la nature essentiellement fonctionnelle de l'amnésie.

L'amnésie consécutive à la fièvre typhoïde paraît, en effet, assez curable. Il est vraisemblable d'admettre que, lorsqu'elle persiste, c'est qu'il existe des lésions organiques soit méningées, soit cérébrales, résidus des formes méningitiques et cérébrales de la fièvre typhoïde.

Nous en dirons autant de son mécanisme que pour

l'amnésie oxycarbonée. Il est certain que la fièvre typhoïde n'agit pas toujours de la même façon. Tantôt elle peut agir directement et d'une façon permanente sur les cellules cérébrales par l'infection qu'elle produit ; tantôt elle n'est qu'un agent provocateur, au même titre que la puerpéralité, pour amener une amnésie fonctionnelle, en tous points comparable à celle que nous avons décrite comme hystérique, — en appliquant bien entendu ce terme au mécanisme, — et dont la cause intime est vraisemblablement dans les phénomènes d'épuisement qui résultent de l'infection typhoïde.

Cette question de l'épuisement comme cause de l'amnésie, c'est-à-dire du défaut de synthèse constituant l'amnésie fonctionnelle, nous l'avons déjà rencontrée dans l'amnésie épileptique, par émotion morale, consécutive à l'attaque hystérique, etc. Quand il s'agit des causes en pathologie mentale, il faut toujours être très circonspect. La théorie de l'épuisement cérébral comme cause de l'amnésie fonctionnelle dans diverses maladies, bien que séduisante, a besoin d'être contrôlée d'une façon approfondie. Et si nous en parlons, c'est moins pour la donner comme la plus probable que pour céder à ce besoin d'explication des phénomènes, sans lequel les progrès ne sauraient se faire en science.

Si la théorie de l'amnésie par épuisement peut s'appliquer aux amnésies que nous citions tout à l'heure, n'est-ce pas elle qu'on doit invoquer également pour celles qu'on observe parfois à la suite du typhus, de la peste, des fièvres éruptives, — en particulier la variole, — du choléra, du rhumatisme, des maladies de cœur, des

hémorrhagies, de la faim, du froid, de l'insolation, du surmenage physique et intellectuel ?

Nous ne dirons qu'un mot de ces diverses amnésies, rares, peu décrites et dont on ne compte pas assez d'exemples pour édifier un tableau psychologique ni établir les moindres règles pronostiques ou thérapeutiques. Ce sont plutôt des faits curieux qu'il suffit de signaler pour qu'à l'occasion on les recueille avec plus de soin. Dans beaucoup de cas encore on a vu apparaître, en même temps que l'amnésie, des troubles de nature hystérique, tels que des attaques convulsives, par exemple, qui jettent un certain jour sur la pathogénie de l'amnésie elle-même.

A la suite du typhus et de la peste on a noté de l'affaiblissement de la mémoire.

Les fièvres éruptives peuvent donner de l'amnésie, mais dans les cas rapportés il est permis de se demander si elles sont seules en cause, car le plus souvent les renseignements sont insuffisants pour se prononcer.

Le choléra, malgré les dépressions qu'il amène, n'entraîne qu'exceptionnellement l'amnésie.

Dans les maladies de cœur on peut, on le sait, observerver soit de l'excitation, soit de la dépression. Quand il y a dépression, les facultés intellectuelles sont toujours plus ou moins atteintes et la mémoire est particulièrement touchée. Il en est de même dans la folie rhumatismale, où le pronostic de l'amnésie est du reste favorable. On peut encore observer de l'amnésie générale après des hémorrhagies abondantes, amnésie qui disparaît avec le retour des forces physiques.

Une fatigue physique excessive et momentanée peut également causer de l'amnésie qui disparaît par le repos. Il en est de même du travail intellectuel qui, dans cer-

tains cas, a produit de l'amnésie rétrograde en même temps que de l'amnésie de conservation.

L'inanition, poussée très loin, amène un état d'affaiblissement intellectuel qui peut aller jusqu'à la démence et qui s'accompagne forcément d'un affaiblissement de la mémoire.

Des individus exposés à des froids excessifs, ou au contraire aux ardeurs du soleil, peuvent présenter des troubles mentaux, des attaques convulsives, du délire, avec amnésie consécutive. Cette amnésie disparaît également, comme dans les autres cas, par la réparation des forces physiques, ce qui montre bien son rapport avec l'état d'épuisement organique, épuisement qui, dans la plupart des cas précédents, se fait sentir d'une manière tout à fait prépondérante sur le cerveau, dont la circulation est très troublée et dont l'anémie est très prononcée.

APPENDICE : AMNÉSIE PARTIELLE.

On sait que la mémoire peut se subdiviser en une grande quantité de mémoires partielles, très inégales entre elles chez le même individu. Tel sera surtout visuel, tel autre auditif, etc. Plusieurs sujets appartenant au type visuel pourront encore différer, l'un ayant plus la mémoire des formes, l'autre celle des couleurs, etc.

Ces mémoires peuvent-elles se perdre isolément? Dans quels cas, dans quelles conditions, par quel mécanisme? Là-dessus il faut avouer notre ignorance. Les

faits que nous connaissons sont intéressants, à titre de curiosité surtout, précisément parce qu'ils sont inexplicables. Nous nous bornerons donc à les mentionner rapidement sans y insister. On a vu certaines personnes perdre uniquement la faculté de reproduire certains tons ou certaines couleurs. Dans un cas, un auteur, Holland [1], rapporte que lui-même étant descendu dans deux mines du Harz le même jour, et étant très fatigué, perdit complètement le souvenir de la langue allemande qui lui revint dès qu'il eut repris des forces.

Une homme, cité par Forbes Winslow [2], perdit complètement la connaissance de la lettre F, à la suite d'une fièvre aiguë.

L'amnésie partielle n'observe pas la loi de régression, et on voit souvent des souvenirs très stables disparaître, tandis que d'autres beaucoup moins enracinés persistent.

L'amnésie partielle la plus propre à l'étude, la mieux connue aussi, est l'aphasie. C'est une amnésie organique, vraie, incurable par conséquent.

Je me suis déjà expliqué sur les raisons qui m'en faisaient rejeter l'étude ici; et je dirai avec M. Ribot, qui ne fait que la citer également : « Dans la plupart des cas, l'aphasie suppose bien un désordre de la mémoire, mais avec quelque chose en plus. »

Lorsqu'on se trouve en présence d'un cas d'amnésie partielle, quelle qu'en soit la forme, ce qu'il faut avant tout se demander, c'est si elle est organique ou fonctionnelle, car les conséquences en sont absolument différentes.

---

1. Cité d'après Falret, *op. cit.*
2. *Op. cit.*

Voici l'aphasie motrice, par exemple; elle peut être simulée par le mutisme hystérique. Tout autre est le pronostic dans ce dernier cas. Je n'ai pas l'intention de montrer ici les caractères différentiels de ces deux pertes du langage, mais je tiens à y insister pour justifier l'élimination, que j'ai faite au début, de l'étude de l'aphasie en tant qu'amnésie partielle. Dans l'aphasie de Broca, il y a bien évidemment perte des images motrices d'articulation du langage, mais il s'y joint des symptômes de destruction du centre nerveux lui-même. Dans le mutisme hystérique, au contraire, il n'en est rien : on constate l'intégrité de tous les appareils fonctionnels ; il n'y a que le souvenir de la manière de les faire fonctionner qui est perdu.

C'est le cas le plus frappant comme contraste entre l'amnésie vraie, organique, incurable, et l'amnésie apparente, fonctionnelle, curable.

Par la suggestion hypnotique on peut reproduire chez des hystériques toutes les amnésies partielles possibles. On peut leur faire oublier une seule lettre de l'alphabet, et ils parlent cependant couramment en l'éliminant des mots où elle entre, sans s'en apercevoir et sans en paraître incommodés. On peut de même faire rester dans leur inconscient tous les souvenirs isolément à son choix. Mais ces expériences ne nous apprennent rien sur le mécanisme, sur la pathogénie de ces amnésies partielles quand elles surviennent spontanément. La seule connue est celle du langage. Quant aux autres, ce sont des raretés, des curiosités scientifiques, bonnes à enregistrer cependant avec soin et en y joignant le plus de renseignements complémentaires possibles sur l'état pathologique exact de l'individu qui les présente, mais qui ne pourront servir que plus

tard lorsqu'on aura un plus grand nombre de faits à sa disposition et qu'on pourra les étudier comparativement et dans leur ensemble.

Nous nous en tiendrons donc là dans l'étude des amnésies partielles.

CHAPITRE III

DE L'AMNÉSIE COMME PHÉNOMÈNE ACCESSOIRE OU EXPLICATIF.

Sommaire : Amnésie dans l'hystérie. — Neurasthénie. — Amnésie verbale. — Perte de la notion de temps. — Folie du doute. — Formes diverses. — Vésanies. — Manie. — Mélancolie. — Stupeur. — Folie circulaire. — Délire fébrile.

Outre l'intérêt, au point de vue du diagnostic et du pronostic, qu'il y a à rechercher l'amnésie lorsqu'elle n'est pas évidente ou ne tient pas une grande place dans le tableau symptomatique d'une affection, — choses que nous avons suffisamment examinées dans le cours de cette étude, — il est encore intéressant de rechercher quel rôle elle peut avoir dans la pathogénie de certains troubles nerveux, et l'influence qu'elle a sur leur évolution.

D'après ce que nous avons dit de l'amnésie hystérique, c'est dans l'hystérie qu'on rencontre le plus fréquemment le type de l'amnésie fonctionnelle. Mais ce n'est pas seulement lorsque l'amnésie se manifeste après les états seconds, de somnambulisme spontané ou hypnotique, les attaques, etc., qu'on la retrouve. Le défaut de synthèse des images passées qui explique l'amnésie, explique aussi les anesthésies, les paralysies psychiques, l'abasie et l'astasie, le mutisme hystérique, la dyschromatopsie, le rétrécissement du champ visuel, etc. L'hystérie se résume, en effet, dans deux

grands phénomènes : défaut de synthèse psychique et automatisme, celui-ci étant le corollaire obligé de celui-là.

J'ai déjà trop insisté sur le mécanisme de l'amnésie fonctionnelle et sur l'amnésie hystérique pour reprendre l'exposé détaillé de cette opinion, qu'on trouvera tout au long dans le livre de M. Pierre Janet avec lequel je suis complètement d'accord sur le mécanisme psychologique des phénomènes hystériques, en spécifiant bien toutefois que la production de ces phénomènes n'est pas exclusive à l'hystérie, mais peut se rencontrer dans d'autres affections psychiques. C'est ainsi, du reste, qu'on pourra arriver à en saisir la cause intime. Car si, dans une machine, il est utile de connaître la façon dont le mécanisme fonctionne, il n'est pas moins important de savoir quel est le moyen de la mettre en mouvement. Or, là-dessus, nous en sommes réduits à des hypothèses plus ou moins vraisemblables et qui sont avant tout du ressort de la physiologie.

Que le défaut de synthèse soit un phénomène d'épuisement ou d'inhibition, que l'automatisme tienne à une excitabilité plus grande des éléments nerveux, à un état de faiblesse irritable comme on a dit, c'est possible, mais cela reste à prouver.

Quoi qu'il en soit de l'explication physiologique, le fait n'en subsiste pas moins. Si le défaut de synthèse psychique et l'automatisme se montrent dans leur plus grand développement dans l'hystérie, telle qu'on l'entend cliniquement, il est nécessaire de dire qu'on les rencontre ailleurs.

Et si alors on arrive à découvrir la pathogénie de l'affection où ils se montrent, on pourra espérer arriver à connaître leur véritable cause. C'est pourquoi

je veux signaler rapidement certains cas où l'on peut rencontrer ces phénomènes.

Dans la *neurasthénie*, par exemple, qui s'associe si fréquemment à l'hystérie et qui se développe souvent à la suite des mêmes causes, — comme l'hystéro-neurasthénie traumatique, — on voit, à côté des phénomènes d'épuisement qui caractérisent cet état, un automatisme psychologique très développé. Les neurasthéniques ont sans cesse l'esprit en mouvement, et les idées s'associent continuellement avec une grande rapidité. Souvent même ils ne se contentent pas de penser, ils expriment leurs pensées et ont un verbiage fatigant. Tous ceux qui ont soigné des neurasthéniques savent avec quelle prolixité ils racontent leurs sensations et les explications qu'ils s'en sont faites.

Mais on remarque souvent un trouble du langage que Beard a signalé, une véritable dyslalie neurasthénique qui n'est en réalité qu'une amnésie verbale. Les malades qui le présentent trouvent difficilement leurs mots, ils hésitent, cherchent le mot convenable, en emploient quelquefois plusieurs qui s'en rapprochent soit comme consonnance, soit comme sens. Quelquefois, ils ont une sorte de paraphasie, appelant les objets par un autre nom que le nom propre. Tous ces troubles, qui apparaissent avec les paroxysmes neurasthéniques et disparaissent avec eux, ne sont pas autre chose que des *troubles paramnésiques du langage*. Mais ce qui s'observe pour le langage s'observe également pour la mémoire des faits et des idées, et on peut trouver chez certains neurasthéniques une diminution générale de la mémoire. L'amnésie porte surtout sur les faits récents et particulièrement sur ceux qui sont survenus depuis le début

de leur maladie. Ceci explique comment ils redemandent sans cesse la même chose, comment ils ont l'air d'entendre pour la première fois un raisonnement fait pour la vingtième fois pour détruire leurs interprétations des troubles qu'ils présentent. Les faits, les idées ne font qu'une impression peu profonde sur eux par suite de leur état d'épuisement nerveux, en même temps que l'attention, qui est un des éléments de fixation des images, est très instable, du fait également de cet épuisement.

Un trouble amnésique que j'ai observé fréquemment chez les neurasthéniques, c'est la perte de la notion du temps écoulé. Les jours succèdent aux jours sans leur laisser grande impression et lorsqu'ils considèrent le temps qu'ils ont passé depuis un événement bien déterminé, ils sont tout étonnés de sa longueur. Le temps qui passe leur paraît long parce qu'une grande quantité d'idées se succèdent dans leur esprit ; le temps écoulé leur paraît très court parce que les idées et les impressions journalières n'ont pas laissé d'empreintes. C'est un phénomène très frappant chez des neurasthéniques traités par l'isolement, et qui se manifeste d'une manière très évidente quand la convalescence commence. C'est même un bon signe précurseur pratique de guérison que cette constatation que fait le malade lui-même de son défaut d'appréciation du temps et de la possibilité qu'il a de nouveau de le mesurer exactement.

Certains neurasthéniques présentent également un certain degré de dédoublement de la personnalité, mais ils ne s'aperçoivent du changement qui se produit en eux que lorsque l'état normal revient, probablement parce que, sous l'influence du traitement, ils passent plus rapidement de l'état de maladie à l'état normal,

qu'ils n'avaient passé de l'état de santé à celui de maladie. Quoi qu'il en soit, à mesure qu'ils entrent en convalescence, ils deviennent de moins en moins à même de vous raconter leurs sensations passées, qui leur paraissent alors très lointaines. Il leur semble que ce n'est pas leur moi actuel qui les a ressenties. Parfois même ils se surprennent à sentir en eux deux *moi*, l'un agissant malgré eux et l'autre en spectateur. Ils ont conscience de leur dédoublement.

On pourrait, comme pour l'hystérie, rattacher à l'amnésie, ou pour mieux dire au défaut de synthèse, certains phénomènes, atténués il est vrai, de parésies, d'aboulie, etc. Il serait déplacé, je crois, d'y insister ici et cela nous entraînerait trop loin. Mais étant donné l'état d'épuisement qui caractérise la neurasthénie, état qui s'associe du reste à un certain degré d'automatisme, il est intéressant d'y relever l'existence de l'amnésie dont la cause s'éclaire d'autant.

Il est tout naturel de rapprocher de la neurasthénie la *folie du doute* dont un grand nombre de manifestations sont regardées de plus en plus par certains auteurs comme de nature neurasthénique, opinion qui paraît en effet très acceptable.

Je ne crois pas qu'on ait fait jouer un rôle à la mémoire dans cette forme d'aliénation mentale. Je crois cependant qu'il y a lieu de lui accorder une certaine attention, au moins dans certaines formes où il y a non pas crainte, comme dans le délire du toucher, — l'agoraphobie, la claustrophobie et toutes les phobies variées qu'on a décrites, — mais véritablement doute, hésitation à être certain qu'une chose est ou non arrivée. Nous avons déjà vu que cette certitude est un des caractères

du souvenir parfait, et nous avons vu que, dans les cas où cette certitude faisait défaut, il y avait *paramnésie de certitude*. Or, la folie du doute rentre dans cette catégorie de troubles de la mémoire.

Il y a, du reste, à distinguer plusieurs formes dans la folie du doute, formes qu'on n'a pas suffisamment distinguées à mon avis, et qui sont confondues dans la description d'ensemble qu'on en fait habituellement :

1° Le doute peut exister à l'égard de choses à venir, d'un parti à prendre, d'un choix à faire. Dans ces cas, il ne saurait évidemment être question de troubles de la mémoire, puisqu'il s'agit du futur et non du passé. Tel est le cas des individus qui sont abouliques parce qu'ils sont incapables de se décider dans un sens plutôt que dans l'autre ;

2° Le doute peut porter, au contraire, sur des faits passés. C'est le cas le plus fréquent, où le sujet se demande s'il a réellement fait une chose ou non, comme, par exemple, lorsque ayant écrit une lettre il se demande s'il y a mis ce qu'il voulait et la rouvre à plusieurs reprises, avant de l'envoyer, pour s'en assurer. Dans ces cas, la mémoire est certainement atteinte. Si le souvenir de l'acte accompli était absolument net dans l'esprit, il n'y aurait pas de doute sur sa réalité passée. C'est tantôt la mémoire visuelle, tantôt la mémoire auditive ou la mémoire motrice qui est intéressée, tantôt toutes à la fois. En même temps que ces différentes mémoires sont trop faibles pour entraîner la localisation précise du souvenir dans le temps — et qu'il y a paramnésie de localisation, par conséquent — il y a en même temps paramnésie de certitude, car ainsi que je le disais plus haut à propos de la paramnésie dans l'alcoolisme, ces deux formes de paramnésies, bien que

coïncidant ordinairement ensemble, ne sont pas la conséquence l'une de l'autre. Ici l'indépendance est manifeste, car on peut voir des douteux qui sont capables de localiser complètement leur souvenir, et qui cependant ne sont pas certains de l'acte auquel il se rapporte; qui n'ont, en un mot, que de la paramnésie de certitude;

3° Enfin il peut arriver qu'on doute, non pas d'avoir fait une chose, mais d'avoir été capable de la faire. On s'imagine alors l'avoir faite et on n'est pas capable de se prouver par le souvenir de sa conduite, de ses actes, de ses sentiments, qu'on ne l'a pas faite. Tel est le cas d'une de mes malades qui, dès qu'elle entendait raconter un crime ou tout autre fait moins grave, s'imaginait immédiatement qu'elle en était l'auteur. Bien que son intelligence fût parfaitement nette, et qu'elle se remémorât tout ce qu'elle avait fait au moment même où cet événement s'accomplissait, pour se fournir à elle-même un alibi, elle n'y parvenait pas, d'où un état d'angoisse extrême. Or, dans ce cas encore, la mémoire était en défaut. Si le souvenir de ses actes passés avait été assez net, assez précis, il aurait entraîné la certitude chez cette dame. Au contraire, le doute continuel qu'elle éprouvait montre bien qu'elle n'était pas sûre de sa mémoire. C'est encore à une paramnésie de certitude qu'on a affaire dans ces cas-là.

La folie du doute portant sur le passé me paraît donc avoir pour origine les troubles de mémoire.

La constatation de l'état de la mémoire dans les *vésanies* est très difficile à faire le plus souvent. Dans les états d'excitation maniaque, il y a exaltation de la mémoire comme de toutes les autres facultés. Mais dans les cas de manie franche avec grande excitation

et incohérence, la difficulté est très grande, à cause du défaut d'attention des malades qui sont hors d'état de répondre à vos questions. Cependant, en les observant pendant assez longtemps délirer, on constate que de nombreux souvenirs anciens leur reviennent ; ils récitent parfois des morceaux entiers appris autrefois. L'état des souvenirs récents est-il de même conservé ? Tout le fait supposer, car après leur guérison ils se rappellent en général tout ce qu'ils ont fait pendant les premières périodes de leur maladie. Lorsque l'agitation est très grande, le défaut d'attention ne permet guère aux impressions de persister. Aussi ont-ils en général perdu le souvenir de tout ce qu'ils ont fait pendant un moment de surexcitation extrême. Pas d'impression suffisamment consciente, pas d'image nette, pas de souvenir. C'est aussi l'opinion de Pelman [1]. Il est cependant à remarquer que dans certaines formes de manie, comme dans la manie épileptique, dans la manie de la folie circulaire, il y a une identité presque complète entre les actes et les paroles des malades, ce qui tendrait à prouver que les images trop faibles pour être réveillées pendant l'état de santé, ont cependant été conservées et sont capables d'être réveillées sous l'influence d'une excitation pathologique de même nature que celle pendant laquelle elles se sont inscrites dans le cerveau.

Dans la mélancolie avec conscience, la mémoire est parfaitement conservée, et pendant le cours de la maladie et après la guérison. Dans la mélancolie délirante avec hallucinations, anxiété, etc., il en est encore de même. Quelquefois cependant les malades prétendent ne plus se souvenir de leurs idées et de leurs actes délirants.

1. Pelman, *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, t. XXI.

Mais c'est par une sorte de honte, d'amour-propre qu'ils ne veulent pas en convenir, et ceux qui sont de bonne foi vous racontent avec une précision extraordinaire toutes les idées qui les ont assaillis. Reste la mélancolie avec stupeur. On avait cru longtemps que les malades plongés dans la stupeur étaient incapables de penser et, par conséquent, de se souvenir, l'intelligence étant complètement annihilée. Baillarger a démontré qu'il n'en était rien et que, très souvent, ces malades stupides présentaient au contraire un délire extrêmement intense, dont ils conservaient du reste parfaitement le souvenir.

Mais cette forme de stupeur n'est pas la seule, et on peut observer des cas où il y a abolition presque complète des fonctions intellectuelles pendant l'accès, avec perte de souvenir à la suite. Il faut se méfier, car alors la guérison n'est peut-être qu'une rémission. C'est ce qu'on voit, par exemple, dans la paralysie générale à forme circulaire ou à forme dépressive. Toute amnésie permanente survenue dans le cours d'une affection cérébrale doit faire penser à des lésions organiques. On constate souvent, en effet, que cette amnésie de l'accès s'accompagne d'un affaiblissement général de la mémoire.

Il n'en est pas toujours ainsi cependant dans la mélancolie. Pelman avait déjà signalé que dans les états dépressifs les faits extérieurs ne sont plus perçus et n'éveillent plus aucun phénomène de mémoire et de conscience. On comprend qu'alors le mélancolique ait vraiment perdu le souvenir de ce qui s'est passé pendant sa maladie, ce qui ne veut pas dire, du reste, qu'il ne se rappelle pas ses idées délirantes et ses hallucinations qui absorbaient en effet toute son attention et consti-

tuaient des états forts, tandis que toutes les perceptions extérieures étrangères constituaient, au contraire, des états faibles, moins durables par conséquent.

M. Séglas a repris ces faits à un autre point de vue. Il a montré que le mutisme mélancolique pouvait tenir à des amnésies verbales transitoires, à la perte de signification des mots, à l'affaiblissement du pouvoir de synthèse et à la présence d'hallucinations verbales psycho-motrices. Les trois premières causes nous intéressent seules ici. Les deux premières, du reste, paraissent tenir elles-mêmes à l'existence de la troisième. Or s'il y a défaut de synthèse, il n'est pas surprenant que la mémoire soit affaiblie pour les souvenirs anciens pendant que cet état existe, et que le souvenir des faits accomplis pendant cette période et mal perçus, mal synthétisés, ne puisse être réveillé complètement après la guérison.

On retrouve par conséquent là une confirmation nouvelle de notre hypothèse : que l'amnésie n'est qu'un défaut de synthèse psychique des faits passés, comme l'anesthésie l'est des faits actuels.

La folie circulaire, composée d'accès de manie et de mélancolie alternant avec des phases de rémission, ne présente rien de bien particulier et ne diffère pas de ce que nous venons de dire de la manie et de la mélancolie prises isolément.

Un mot, pour finir, sur le délire fébrile. Lorsqu'il est de moyenne intensité, qu'il ne s'accompagne guère que d'illusions, surtout de la vue, il offre une grande analogie avec les états hypnagogiques. Le souvenir en persiste

1. Séglas, *Ann. méd. psych.* — *Soc. med psych.*, 29 juin 1889.

plus ou moins confus, et tend, à mesure que la convalescence s'avance, à se préciser, comme cela arrive assez souvent aussi dans le délire épileptique.

Quand, au contraire, le délire est très intense, s'accompagne d'illusions et d'hallucinations continuelles et très vives, et devient furieux, le souvenir en est ordinairement perdu, comme cela se passe également dans la manie aiguë. Dans ces conditions, en effet, la surexcitation automatique et simultanée de tous les centres empêche tout phénomène de conscience de se produire. Il ne saurait donc y avoir aucun souvenir. Les centres, dans ces cas, au lieu d'être récepteurs et d'emmagasiner de nouvelles images, sont au contraire émetteurs et projettent, sous forme d'hallucinations ou de mouvements, les images qui y sont contenues.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE : L'AMNÉSIE

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS

CHAPITRE II

MÉCANISME DE L'AMNÉSIE

CHAPITRE III

MÉCANISME DES AMNÉSIES

CHAPITRE IV

CLASSIFICATION DES AMNÉSIES

DEUXIÈME PARTIE : LES AMNÉSIES

CHAPITRE PREMIER

AMNÉSIES PROGRESSIVES OU DYSMNÉSIES

CHAPITRE II

AMNÉSIES A DÉBUT BRUSQUE

CHAPITRE III

DE L'AMNÉSIE COMME PHÉNOMÈNE ACCESSOIRE OU EXPLICATIF

Corbeil. — Imprimerie Éd. Crété.



